FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1967

THÈSE

n° 932

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Philippe, Lucien ADIDA

né le 3 juin 1939 à Paris

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DES FISTULES OESOPHAGO-AERIENNES.

A PROPOS D'UN CAS D'ETIOLOGIE TUBERCULEUSE.

Président : Mr. G. BROUET, Professeur

ÉDITIONS A.G.E.M.P. 40 RUE PASCAL PARIS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1967

THÈSE

n°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Philippe, Lucien ADIDA

né le 3 juin 1939 à Paris

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES FISTULES OESOPHAGO-AERIENNES. A PROPOS D'UN CAS D'ETIOLOGIE TUBERCULEUSE.

Président : Mr. G. BROUET, Professeur

ÉDITIONS A.G.E.M.P. 40 RUE PASCAL PARIS

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41544317_0018

15/1/1967

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Bénard (H.), Bernard (E.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Cheymol (J.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gaudart d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Giroud (A.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lelong (M.), Lévy (Mlle J.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Marchal (G.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Renard (G.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN . . . . . Georges BROUET.

1er ASSESSEUR. . . . . } Daniel BARGETON

2e ASSESSEUR. . . . . } Jean GOSSET

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
—	HUARD (P.)
Anatomie et cytologie pathologiques	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)
Bactériologie et virologie	TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
—	POLONOVSKI (J.)
—	DESGREZ (P.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
—	DOGNON (A.)
—	DJOURNO (A.)
Cancérologie expérimentale	MATHÉ (G.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
Génétique fondamentale	LEJEUNE (J.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	COURY (Ch.)
Histologie et Embryologie	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)
— —	COUJARD (R.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale, Droit médical et déontologie	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	N...
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
—	KUSS (R.)
—	VERNE (J.-M.)
Pathologie exotique	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl.)
—	BRICAIRE (H.)
—	PÉQUIGNOT (H.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	MAURICE (P.)
Pharmacologie	BOISSIER (J.-R.)
—	LECHAT (P.)
Physiologie	BARGETON (D.)
—	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)

	MM.
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	N...
Thérapeutique	LAMOTTE (M.)
Thérapeutique appliquée	N...

b) Professeurs à titre personnel :

Anatomie	CABROL (Ch.)
Anatomie anthropologique	OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	NEZELOF (Ch.)
Bactériologie	BARBIER (P.)
Biochimie médicale	DREYFUS (J.-Cl.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Parasitologie	LARIVIÈRE (M.)
Pathologie expérimentale	LOEPER (J.)
Physiologie	DEJOURS (P.) SCHERRER (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.) GOUGEROT (L.) ROUCAYROL (J.-Cl.) TUBIANA (M.)
Radiologie médicale	FISCHGOLD (H.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

		MM.
Clinique carcinologique		DENOIX P.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)		REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)		SOULIÉ (P.)
— — (Boucicaut)		LENÈGRE (J.)
Cliniques chirurgicales	Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
	—	BAUMANN (J.)
	Cochin	LEGER (L.)
	Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
	Saint-Antoine	GOSSET (J.)
	Salpêtrière	SICARD (A.)
	Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)		MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
— — — (Foch)		PADOVANI (P.)
— — — (Beaujon)		CAUCHOIX (J.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)		FÈVRE (M.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)		DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie thoracique (Laennec)		MATHEY (J.)
Clinique dermatologique (Saint-Louis)		DUPERRAT (F.)
Clinique endocrinologique (Pitié)		DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)		LAMY (M.)
Clinique chirurgicale et gynécologique (Broca)		HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)		DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)		TURPIN (R.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)		MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)		DELAY (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)		BERNARD (J.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)		CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales	Bicêtre	DEPARIS (M.)
	Broussais	MILLIEZ (P.)
	Cochin	N...
	Hôtel-Dieu	BARIÉTY (M.)
	Pitié	DREYFUS (G.)
	Saint-Antoine	CONTE (M.)
	Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
	Saint-Antoine	BOUDIN (G.)

	MM.
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	DEBRAY (Ch.)
Clinique médicale infantile et pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies métaboliques (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique néphrologique (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales — Baudelocque	LACOMME (M.)
Cliniques obstétricales — Saint-Antoine	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	OFFRET (G.)
— — (Cochin)	BREGEAT (P.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie (Trousseau)	MOZZICONACCI (P.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	THIEFFRY (S.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	BROUET (G.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique de rhumatologie (Lariboisière)	SÈZE (S. de)
Clinique stomatologique (Salpêtrière)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique (F. Widal)	GAULTIER (M.)
Clinique traumatologique et orthopédique (R.-Poincaré)	JUDET (R.)
Clinique urologique (Cochin)	ABOULKER (P.)
— — (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	LAPLANE (R.)
Séméiologie médicale (A. Chantin)	DOMART (A.)
— — (Lariboisière)	BOUVRAIN (Y.)
— — (Pitié)	RAMBERT (P.)
— — (Rothschild)	WOLFROMM (R.)
Séméiologie et clinique chirurgicales (Broussais)	POILLEUX (F.)

b) Professeurs à titre personnel :

Hématologie	ANDRÉ (R.)
	BOUSSER (J.)
Hydrologie et climatologie	GIBERTON (A.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.)
	AZERAD (E.)
Médecine	BOUR (H.)
	CAROLI (J.)
	DREYFUS (B.)
	GROSSIORD (A.)
	LAMBLING (A.)
	LAUNAY (Cl.)
	PAYET (M.)
	PERRAULT (M.)
	SIGUIER (F
	WORMS (R.)
Néphrologie	RICHET (G.)
Neuro-chirurgie	LE BEAU (J.)
Neurologie	LHERMITTE F.
Neuro-psychiatrie	PICHOT (P.)
Oto-Rhino-Laryngologie	MADURO (R.)
Pédiatrie	POLONOVSKI (Cl.)
	ROYER (P.)
Pneumo-Phtisiologie	KREIS (B.)
	MEYER (A.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE

	MM
Anatomie pathologique	GOUYGOU (Ch.)
Bactériologie	CHRISTOL (D.)
Biochimie médicale	CARTIER (P.) GONNARD (P.) NORDMANN (J.)
Biologie médicale	HARTMANN (L.)
Chirurgie	CERBONNET (G.)
Hématologie	BILSKI-PASQUIER (G.)

	MM.
Maladies infectieuses	DUPONT (V.)
Neuro-psychiatrie	TARDIEU (G.)
Pédiatrie	ROSSIER (A.)
Physique médicale	COURSAGET (J.) GREMY (F.)
Physiologie	GIRARD (Fr.)
Stomatologie	CHAPUT (Mme A.)

III. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

IV. — PROFESSEURS ASSOCIÉS

Hormonologie	MORICARD (R.)
Statistique médicale et épidémiologique	SCHWARTZ (D.)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Conseiller administratif	Mlle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateurs	Mlles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.), LE NOIR (G.)
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles DUROZOY (M.-F.), ROBERGE (D.), Dr SCHILLER (J.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A ma Fiancée,

En témoignage de mon amour.

A mes Parents,

Avec mon affection et ma reconnaissance.

A mon Frère,

A ma Famille.

A Monsieur le Professeur Georges BROUET

Que nous remerçions du grand honneur qu'il nous fait en acceptant de présider cette thèse.

A Monsieur le Docteur Pierre TOURNANT

Chef du Service de Pneumo-phtisiologie,
et du Centre Départemental de Chirurgie Thoracique
de l'Hôpital de Compiègne (Oise)

En témoignage de ma profonde gratitude
pour les conseils qu'il m'a prodigués
dans la préparation de cette thèse.

A mes Maîtres de la Faculté et des Hôpitaux de Paris

INTRODUCTION

L'observation d'une fistule oesophago-trachéale d'étiologie tuberculeuse chez une femme de 63 ans a été le point de départ d'une étude d'ensemble du problème des fistulisations des adénopathies médiastinales.

La question est en effet fort complexe, et intéressante à plus d'un titre. En effet, les fistules ganglio-oesophagiennes peuvent relever d'étiologies fort diverses. Tout processus susceptible d'être localisé au niveau des ganglions médiastinaux peut en effet, si les conditions anatomo-cliniques s'y prêtent, devenir le facteur étiologique de telles fistules.

A cette diversité étiologique, il faut ajouter la diversité topographique, selon le côté, le niveau de l'arbre respiratoire intéressé; la diversité anatomo-clinique aussi, selon que la communication s'est établie entre l'oesophage d'une part, la bronche, la cavité pleurale, le poumon, la trachée d'autre part, d'où une diversité dans l'expression symptomatologique et aussi, par voie de conséquence, une diversité dans les attitudes thérapeutiques les plus aptes à assurer la guérison.

Chez notre malade, les examens bactériologiques et surtout la culture avaient permis d'isoler un bacille tuberculeux responsable des accidents observés. C'est donc plus particulièrement sur les fistules oesophago-trachéo-bronchiques bacillaires que nous centrerons notre travail. Toutefois pour donner à notre cas toute sa signification, il nous faudra le replacer dans l'ensemble complexe des fistules susceptibles d'être observées entre appareil respiratoire et oesophage.

Ces fistules aéro-oesophagiennes peuvent provenir d'une malformation congénitale, actuellement elles relèvent avec une particulière fréquence d'un facteur traumatique. Classiquement, elles sont surtout de nature néoplasique : cancer, mais aussi maladie de Hodgkin, ou adénopathie bénigne de type granulomatose de Wegener, Besnier-Boeck-Schaumann. Quant aux fistules de nature infectieuse spécifique, syphilitique et surtout tuberculeuse, naguère d'observation quasi-courante, elles se raréfient d'autant plus que le traitement en particulier anti-tuberculeux prévient une telle complication de l'évolution dans la majorité des cas. C'est pourquoi notre observation présente un intérêt accru, nous a-t-il semblé tant sur le plan pratique, diagnostique et thérapeutique, que sur le plan théorique, La pathogénie de tels accidents mérite attention.

Pour faire de la question un exposé aussi complet que possible, nous avons donc établi le plan de travail que voici :

1 - "Historique" : A vrai dire ne remontant pas très loin en arrière, puisqu'aussi bien la connaissance des fistules oesophago-trachéo-bronchiques date surtout de l'avènement de la bronchoscopie. Historique qui nous montrera par quelle succession de publications nous sommes arrivés à la constitution d'un dossier et d'une mise à jour illustrant tous les aspects du problème.

2 - "Observation", recueillie et étudiée à l'Hôpital de Compiègne grâce à la bienveillante aide de Monsieur le Docteur Pierre TOURNANT à qui nous exprimons ici toute notre gratitude.

3 - "Etiologies" susceptibles d'être trouvées à l'origine de ces fistules, à vrai dire toutes les causes d'adénopathies médiastinales : anomalies congénitales, malformations diverticulaires acquises, traumatismes, mais aussi processus tumoraux, bénins et surtout malins, infections enfin banales ou spécifiques.

Nous arriverons alors à l'important chapitre des Fistules oesophago-aériennes d'origine tuberculeuse;

Nous verrons les formes anatomo-pathologiques, puis les manifestations cliniques et le diagnostic, et, finalement, le traitement, qui, malgré les tuberculostatiques et la chirurgie digestive et broncho-pulmonaire modernes, connaît encore des échecs, comme l'a malheureusement illustré notre propre cas.

oOo

HISTORIQUE

En remontant une trentaine d'années en arrière, on constate que dans tous les pays, des travaux ont été consacrés aux fistules oesophago-bronchiques ou trachéales, mais que leur étiologie a paru d'abord être considérée comme relevant le plus souvent d'une tumeur maligne. C'est ce qui ressort d'une belle étude publiée en 1933 par MANGAHEIRA-ALBERNAZ pour qui la fistule s'établit le plus souvent à partir d'un cancer de l'oesophage. De 1937 date l'observation de MOERSCH et SCHMIDT, qui en 1944 devaient consacrer une étude d'ensemble aux fistules établies entre oesophage et arbre trachéo-bronchique : à l'origine, des causes diverses avaient pu être trouvées. Deux ans plus tard, en 1946 par conséquent, CLAGETT, PAYNE et MOERSCH décrivaient un cas de fistule oesophago-trachéo-bronchique acquise. A partir de cette date, et grâce à l'utilisation de plus en plus systématique de la bronchoscopie, la question de la rupture des ganglions dans la trachée et dans les bronches chez les bacillaires a suscité de très nombreuses publications; si ces fistules diffèrent de celles qui aboutissent dans l'oesophage, par leur topographie, par leur symptomatologie, elles n'en ont pas moins certains rapports étiopathogéniques avec les formes que nous étudions ici. C'est pourquoi nous rappellerons les travaux de JUSTIN BESANCON, LAMY, JAMMET, LEMOINE et PALEY (1946), de DUFOURT (1947), de BRUN et VIALLIER (1948), de Ph. SCHWARTZ (1950). Mais il s'agit dans tous ces cas de fistules ganglio-bronchiques de la primo-infection tuberculeuse.

De 1950, date le cas rapporté par COLEMAN et BUNCH concernant les fistules oesophago-trachéo-bronchiques acquises d'origine néoplasique. Ce sont également les fistules établies entre l'oesophage et le tractus respiratoire qu'étudie MELLINS, dans leurs formes acquises (1952). En 1954, HUGHES et FOX ont collationné dans la littérature médicale mondiale antérieure 84 cas de fistules oesophago-respiratoires acquises bénignes; rebelles au traitement médical, elles ont bénéficié dans 16 cas d'une réparation chirurgicale, alors que sur 11 cas traités par d'autres méthodes chirurgicales, cautérisation endoscopique, création d'une gastrostomie, drainage d'un abcès pulmonaire, 5 seulement ont connu une évolution favorable. Ils concluent à la nécessité d'un diagnostic et d'une correction chirurgicale précoces.

En 1955, LORTAT-JACOB, LE BRIGAND et leurs collaborateurs apportent trois cas de fistules oesophagiennes survenues chez des porteurs de pneumothorax extra-pleural, guéries par cure opératoire; ce sont également des formes oesophago-extra-pleurales qui caractérisaient les deux observations de DAUMET, GARNIER et ORTEGA (1955) et les deux cas de BARRIE et POLIAK. Chez le malade observé par CHARPIN, une fistule broncho-oesophagienne était demeurée longtemps méconnue; au contraire, en 1957, ROTH BARNA et TOMBA ont insisté sur la symptomatologie des fistules oesophago-bronchiques et sur leur traitement chirurgical. JUNG et NESSELER, a propos d'une observation personnelle, reprennent en collaboration avec BOUDIN toute la question des fistules oesophago-trachéo-bronchiques d'étiologies diverses. Chez le malade de CALVET et RIBET, une fistule pneumo-oesophagienne était d'origine bacillaire; de même DE REN et collaborateurs ont étudié en 1958 les fistules oesophagiennes et bronchiques en relation avec une adénopathie tuberculeuse de l'adulte, catégorie dans laquelle rentre notre propre observation. PECORA la même année apporte deux cas de fistule tuberculeuse de l'oesophage, opérés avec succès, DOR et collaborateurs traitent des fistules oeso-aériennes, qui font le sujet de la thèse de DOR, soutenue à Marseille en 1961. WAREMEOURG et collaborateurs, en 1959, décrivaient un cas de fistule oesophago-pleurale après pneumonectomie pour tuber-

culose. Une oesophagoplastie préthoracique assurait la guérison de la fistule (1959), MICHON, CHALNOT et collaborateurs ont décrit en 1960 une fistule oeso-trachéale non néoplasique, non tuberculeuse, chez une femme de 73 ans que l'intervention devait guérir. J. et V. DOR en 1960 reprenaient le problème des fistules oeso-aériennes bénignes, DUMONT et de GRAEF en 1961 décrivaient les fistules oesophago-pleurales compliquant tardivement la pneumonectomie. NATALE en 1962 montre que des fistules oesophago-trachéo-bronchiques peuvent être provoquées par la perforation d'adénopathies tuberculeuses. Chez le malade de LONGEFAIT et HARTUNG, une fistule oesophago-pleurale est venue compliquer tardivement une pneumonectomie pour tuberculose; KLOTT et PAWLICKA ont vu survenir chez une femme atteinte de tuberculose pulmonaire une fistule broncho-oesophagienne; dans le cas de LUNEL et NATALI, la fistule ganglio-oesophagienne tuberculeuse a pris une allure primitive post primaire; cette même année 1963, LUNEL et NATALI ont décrit la tuberculose de l'oesophage de nature primitive, provoquée par une fistule ganglio-oesophagienne dans laquelle l'existence de diverticules oesophagiens joue un rôle décisif.

MELILLO décrit un cas de fistule oesophago-bronchique tuberculeuse par perforation ganglionnaire. P. LAMY, de REN et leurs collaborateurs ont toujours en 1963 réuni quatre cas de fistules oesophagiennes d'origine tuberculeuses. J. DUHAMEL a réalisé un film radio-cinématographique à propos d'une fistule trachéo-bronchique d'origine tuberculeuse. OLAGNIER en 1964 a publié deux cas de fistule oesophagienne bénigne, tandis que HUTCHIN consacrait une étude aux fistules oesophago-bronchiques acquises d'origine infectieuse. DENECKER la même année a publié un cas de fistule cervicale oesophago-trachéale. Citons encore de 1965, la communication de J.M. LEMOINE sur les fistules broncho-oesophagiennes séquelles de tuberculose initiale, l'observation de H. MOULONGUET concernant une fistule broncho-oesophagienne. Enfin en 1966, WYCHULIS a décrit 4 cas de fistule oesophago-trachéo-bronchique illustrant les diverses étiologies possibles.

OBSERVATION

Madame M.... Andréa, âgée de 62 ans, est adressée en consultation pour la première fois le 14 octobre 1966, par son médecin traitant, le Docteur P. de MELLO.

Dans les antécédents, on ne relève que des maladies infectieuses banales de l'enfance : rougeole, coqueluche, sans autre antécédent notable retenu par la malade.

L'interrogatoire précise que le début de l'affection remonte au mois d'août 1966. A cette époque, la température s'est élevée à 39° pendant une durée d'un mois, accompagnée d'asthénie importante avec anorexie. Elle est mise au repos, au lit complet avec diète hydrique, puis traitée par de nombreux antibiotiques.

En septembre 1966, la température est moins élevée, elle oscille entre 37° et 38°. L'amaigrissement a selon la malade atteint une dizaine de kilos. Elle commence alors à se lever, à s'alimenter, mais elle tousse et expectore. Un examen de l'expectoration reste négatif à l'examen direct et à l'homogénéisation. Mais une culture va se révéler positive vers le 10 octobre, et c'est la raison pour laquelle le Docteur TOURNANT consulté admet la malade dans son service.

On constate alors un abcès sus-claviculaire droit fluctuant prêt à s'ouvrir, immédiatement au-dessus de l'extrémité interne de la clavicule droite. Cet abcès étant une fusée supérieure de l'abcès médiastinal mis

en évidence par la radiographie qui donne les renseignements suivants :

- A droite : il existe une condensation nébuleuse et nodulaire, peu dense, de la région moyenne, en dehors du hile, en direction de la paroi latérale externe, accompagnée d'une clarté relative suspecte. Le hile est trop dense et massif. Plusieurs calcifications contrastées se voient au niveau du bord droit du médiastin.

- A gauche : une petite condensation nébuleuse existe en dehors de la pointe du coeur, avec visibilité nodulaire du dessin.

Les tomographies centrées sur la région moyenne et postérieure droite donnent les renseignements suivants :

- sur les plans 6 et 7 1/2 se dessine un infiltrat situé en dehors de la moitié supérieure du hile, dans le segment de Fowler; il est limité en bas par un aspect linéaire irrégulier scissural ou inter-segmentaire, tandis que sa limite supérieure est très dégradée, très estompée.

L'image du hile est trop massive.

- sur les plans antérieurs 9, 10. 1/2, 12, 13 1/2 l'image est différente, avec une infiltration sus-scissurale, et, sur les plans 9 et 10 1/2, un contour annulaire irrégulier suspect. Sur ces plans également, le hile est trop massif.

Par ailleurs, l'ensemble du dessin parenchymateux est un peu trop visible, avec plusieurs nodules peu denses, et d'autres plus évidents.

- sur le plan 13 1/2 on voit un nodule dans le premier espace intercostal antérieur, une calcification certainement très ancienne le long du bord droit du médiastin, confirmant l'image de calcification vue sur le cliché standard. Sur le plan 10 1/2 un nodule calcifié existe au niveau du bord droit du médiastin, immédiatement au-dessus du hile, il est de petites dimensions.

Ces diverses calcifications témoignent de la séquelle d'une atteinte manifestement très ancienne, sur laquelle est venue se greffer plus récemment l'évolution actuelle.

Une ponction est pratiquée au niveau de l'abcès sus-claviculaire droit, qui est du volume d'une grosse noix, rouge, douloureux, fluctuant. Le pus ponctionné d'un volume de 10 cc environ, est épais, jaune verdâtre; l'examen direct établit la présence de plus de 50 B.K. par champ.

Par ailleurs, l'examen d'expectoration montre également la présence de bacilles de Koch, très rares à l'homogénéisation. Une culture est alors mise en route, qui sera positive. La malade a la voix couverte; depuis le 14 ou le 15 octobre, elle a commencé à présenter des vomissements. On se trouve devant une femme névropathe, aux pommettes rouges, recouvertes de varicosités. La toux est grasse, l'expectoration est purulente; il s'y ajoute une dyspnée d'effort dont le début remonterait à trois mois environ.

L'auscultation ne montre pas de signes importants. D'emblée le caractère des vomissements et de la toux attire l'attention. Il s'agit de quintes de toux survenant principalement après des tentatives d'alimentation, et il est net que la malade ne peut guère absorber que quelques gorgées de potage, à la suite de quoi la quinte de toux survient; la malade rejette alors au cours d'efforts de vomissements une partie de cet aliment.

De tels symptômes attirent évidemment l'attention sur l'oesophage, bien que la malade déclare ne pas éprouver de troubles dysphagiques.

Une radiographie de l'oesophage est effectuée : elle met en évidence de façon indiscutable, une fistule oesophago-trachéale, qui explique facilement toute la symptomatologie observée.

Le 25 octobre 1966, devant la difficulté, et même l'impossibilité de l'alimentation, une sonde à demeure est placée dans l'oesophage et l'estomac, dans un but nutritionnel.

L'alimentation par la sonde est bien supportée et amène une amélioration certaine des symptômes fonctionnels qui, cependant, ne disparaissent pas entièrement. La malade présente encore quelques crachats purulents, ainsi d'ailleurs que quelques rejets alimentaires, bien que la sonde soit parfaitement en place.

Le 29 octobre 1966, il est pratiqué dans la même séance et successivement une bronchoscopie et une oesophagoscopie.

- Bronchoscopie :

Il existe en effet, au niveau de la paroi postérieure de la trachée et dans sa partie droite, un orifice volumineux qui donne le jour sur une cavité importante sous-jacente. De nombreuses mucosités glaireuses sortent de cet orifice et sont aspirées immédiatement, ce qui soulage la toux de la malade.

Rien à signaler sur le reste de l'arbre bronchique.

- Oesophagoscopie :

Faite immédiatement après la bronchoscopie : On retrouve l'orifice oesophagien de 18 cm de l'arcade dentaire; il est situé sur la face antérieure et droite de l'organe; il est également volumineux, plus large que celui de la trachée, à l'emporte-pièce.

En outre, il existe immédiatement au dessus, également à droite, un autre orifice nettement plus volumineux, qui correspond à l'orifice de l'abcès, il est plus irrégulier, et recouvert encore de mucosités importantes qui sont à nouveau aspirées, glaireuses et purulentes.

Il est tiré une séquence cinématographique sur l'aspect endoscopique oesophagien de ces différents orifices juxtaposés, qui ne sont séparés que par des éperons. La muqueuse, à leur niveau, est rouge, légèrement enflammée.

Le liquide recueilli par aspirations trachéale et oesophagienne est envoyé au laboratoire pour antibiogramme sur le B.K.

Ainsi ces explorations ont mis en évidence l'existence entre la trachée et l'oesophage, d'une cavité abcédée, communiquant avec les deux organes, largement béante.

Le 18 novembre 1966, la culture effectuée sur le produit d'aspiration endo-bronchique est positive.

L'antibiogramme effectué sur le pus de l'abcès sus claviculaire montre une sensibilité totale de la souche à :

- Streptomycine,
- P.A.S.
- I.N.H.
- Kanamycine,
- Cyclosérine,
- Viocine,

ainsi que les résultats regroupés dans le tableau ci-joint le montre.

Cliniquement le poids de la malade est jusqu'ici stationnaire.

Le traitement antibiotique triple a été institué dès l'arrivée dans le service, le 19 octobre 1966, par associations de :

- Streptomycine 1 g/jour, soit au total 80 g
- I.N.H. : 0,50 g/jour, soit un total de 40 g
- P.A.S. perfusions : 15 g/jour.

Devant la persistance d'une fièvre élevée, on ajoute par voie intra-veineuse une antibiothérapie générale (Solnicol + Transcycline).

Enfin l'alimentation à la sonde établie par le service diététique de l'hôpital sera bientôt complétée d'une rehydratation et d'un apport glucido-lipido-protidique par voie intra-veineuse. Perfusions auxquelles on ajoute les électrolytes nécessaires en fonctions des bilans biologiques pratiqués.

- Evolution :

L'abcès sus-claviculaire s'améliore avec une rapidité remarquable, la fistulisation cutanée est évitée.

Par contre l'état digestif reste très précaire; la sonde nutritionnelle, bien supportée au début, ne s'oppose plus après quelques jours aux régurgitations, ni aux vomissements, qui s'accompagnent de rejets purulents. Il s'avère que le contenu gastrique alimentaire reflue à travers le cardia vers l'oesophage et passe à nouveau dans l'arbre bronchique.

La sonde nutritionnelle est donc remplacée par une sonde de Blackmore à ballonnets, dans l'espoir d'obtenir une occlusion plus complète du cardia. Une amélioration survient dans les trois premiers jours qui ont suivi la pose de cette sonde, mais ultérieurement, à nouveau, quintes de toux et régurgitations, voire vomissements, reprennent.

La sonde de Blackmore doit être changée à plusieurs reprises soit parce que la malade, légèrement confuse pendant la nuit l'a retirée, soit parce que du fait des efforts de vomissements, la sonde est remontée au-dessus du cardia.

Dans l'intervalle, est survenue une complication ophtalmologique : un ulcère de la cornée à gauche. La température oscille entre 37°6 et 38°5, l'état général décline. Les ionogrammes sont répétés (voir tableau), et la malade est suivie régulièrement tant au point de vue de son alimentation parentérale que sur le plan pulmonaire et cardiovasculaire par des examens électriques et radio-tomographiques ; le taux des protides se ressent fâcheusement des difficultés d'alimentation dues à la sonde et l'on enregistre des taux de 57 g le 4 janvier, puis de 48 g. le 12 janvier. Le traitement antibiotique triple est poursuivi régulièrement. L'état de la malade ne permet pas de refaire, comme nous l'aurions souhaité, une exploration trachéo-bronchoscopique.

Une exploration radiographique et tomographique de la colonne vertébrale est faite pour préciser l'origine de l'abcès situé au contact de l'oesophage et de la trachée. Les corps vertébraux sont normaux, il n'y a pas de Pott.

Devant l'aggravation de l'état de la malade, par intolérance de la sonde de Blackmore, le Docteur L..., hôpital Saint Joseph de Compiègne entreprend une gastrostomie, le 18 janvier 1967, sous anesthésie locale, en raison de l'extrême asthénie de la maladè :

- incision médiane sus-ombilicale,
- découverte d'un estomac pâle, souple,
- gastrostomie à la Witzel sortant par la partie basse de l'incision.

Début de l'alimentation par cette bouche de gastrostomie.

Mais l'état général s'aggrave rapidement et la malade décède le 21 janvier 1957.

oOo

EVOLUTION DU SYNDROME BIOLOGIQUE

	DATES 1966						DATES 1967							Normales
	28.X	4.XI.	10.XI	16.XI	23.XI	30.XI	7.XII	14.XII	21.XII	28.XII	4.I	12.I	16.I	
SODIUM	148	164	150	138,3	136,7	134	156,2	149	128	136	142	143	143,7	139,5 mEq ± 2,5
POTASSIUM	3,1	3,9	4,1	4,6	5,5	5,6	3,9	4	4,8	3,8	4,2	3,8	3,5	4,8 mEq ± 0,7
CALCIUM	92	94	92	92	96	100	96	90	99	103	101	92	99	100 mg
CHLORE	106	119	112	99	100	105	113	111	102	102	103	98	101	102 mEq ± 2,2
PROTIDES TOTAUX	79	62	68	69	70	62	59	61	61	63	57	48	54	70 ± 5 g p.100
DELTA-CRYOSCOP.	-	-	-0,61	-0,57	-0,57	-	-0,61	-0,61	-0,56	-0,56	-0,59	-0,59	-	-0,56
PRESS.OSMOT GLOBALE	-	-	329	307	307	-	329	329	302	302	318	318	-	302 mos.
UREE	0,30	0,52	0,47	0,42	0,34	0,39	0,47	0,47	0,34	0,35	0,50	0,28	0,50	0,30 p.1000
DELTA CORRIGE	-	-	-0,59	-0,56	-0,56	-	-0,59	-0,59	-0,55	-0,55	-0,57	-0,58	-	-0,55
PRESS. OSM OI EFFICACE	-	-	318	302	302	-	318	318	297	297	307	313	-	297 mos

ANTIBIOGRAMMES DE B.K.

Méthode de Coletsos

Effectués le 21.10.66 - Lecture le 16.11.66

Prélèvement : sur pus ganglionnaire

Streptomycine	Témoin	1 mcg	5 mcg	10 mcg	50 mcg
Pourcentage de Survivants :	+++	0	0	0	0

CONCLUSION : Souche sensible

P.A.S.	Témoin	0,1 mcg	0,5 mcg	1 mcg	5 mcg
Pourcentage de survivants :	+++	0	0	0	0

CONCLUSION : Souche sensible

I.N.H.	Témoin	0,1 mcg	0,2 mcg	0,5 mcg	1 mcg
Pourcentage de survivants :	+++	0	0	0	0

CONCLUSION : Souche sensible

Ethionamide	Témoin	2 mcg	4 mcg	8 mcg	16 mcg
Pourcentage de survivants :	+++	+++	+++	80%	0

CONCLUSION : Résistance partielle correspondant à la résistance clinique

Kanamycine	Témoin	4 mcg	8 mcg	16 mcg	32 mcg
Pourcentage de survivants :	+++	0	0	0	0

CONCLUSION : Souche sensible

Cyclo	Témoin	10	20	30	40
Pourcentage	+++	0	0	0	o

CONCLUSION : Souche sensible

Viomycine	Témoin	10	20	30	40
Pourcentage	+++	0	0	0	0

CONCLUSION : Souche sensible

ETUDE ETIOLOGIQUE

Toutes les causes d'adénopathies médiastinales doivent pouvoir être le point de départ d'une fistule entre oesophage et appareil respiratoire, trachée, bronche, espace pleural, poumon, chaque fois qu'une effraction se produit au niveau d'un ganglion pathologique, et que les rapports topographiques favorisent l'installation d'un trajet.

Nous ne ferons que mentionner ici les formes congénitales, ou instituées à partir d'une malformation congénitale, au premier rang desquelles il faut citer les atrésies de l'oesophage. Se basant sur 138 cas antérieurement publiés dans la littérature et une observation personnelle, A. JUNG de Strasbourg pense que des fistules entre l'oesophage d'une part, la trachée et les bronches d'autre part, forment un groupe dont il faut exclure l'atrésie de l'oesophage avec coexistence d'une fistule dans les voies respiratoires, car elle représente une entité clinique à part. Toutefois, il retient les fistules congénitales, trouvées dans 11,5 % des cas collationnés, et qui se forment pendant la vie foetale lorsque se forment les poumons et le tractus digestif. Pour les distinguer des fistules congénitales avec atrésie de l'oesophage, on les désigne sous le terme de "fistules en II"; six de ces fistules congénitales étaient oesophago-trachéales, et six oesophago-bronchiques.

Douze observations du service de Monsieur le Professeur J. DOR et 220 cas relevés dans la littérature ont permis à V. DOR de faire des fistules oeso-aériennes bénignes une vaste étude. Y figurent des fistules néonatales oeso-trachéales, das fistules oeso-aériennes découvertes à l'âge

adulte. Les fistules chez le nouveau-né se manifestent par une cyanose dès les premières tentatives d'alimentation. Leur pronostic est très sombre, puisque l'abstention est rapidement mortelle, mais que la cure chirurgicale comporte de gros risques.

oooo

Nous arrivons donc aux formes acquises. Mais faisant suite aux malformations congénitales, nous commencerons par envisager les malformations acquises que sont les diverticules oesophagiens épiphréniques. Dans le groupe réuni par JUNG, on trouve quatorze cas de fistules oesophago-bronchiques provoquées par un diverticule, et douze cas de cette même étiologie, mais dans lesquels la topographie de la fistule oesophagienne n'est pas précisée : soit 26 cas, une proportion de 18,7 pour 100 des cas. Les diverticules et les rares poches épiphréniques occupent donc une place importante dans les étiologies : la seconde après les 21 % d'origine traumatique. Ou bien le diverticule n'est découvert qu'à l'intervention, ou bien son existence était déjà connue avant la formation de la fistule. Mais parfois c'est une contusion thoracique qui, à partir d'un diverticule, a fait apparaître la fistule. L'observation III de WYCHULIS que nous allons résumer, illustre bien cette étiologie diverticulaire oesophagienne de certaines formes de fistule oeso-aérienne.

- Une femme de 53 ans est vue pour la première fois en avril 1964 pour dysphagie et rejet en toussant d'aliments et de liquide. Cette dysphagie pour les liquides et les solides coexistant avec une légère douleur sous-sternale, existe depuis sept mois. En décembre 1963, on avait excisé ailleurs un diverticule du bas oesophage, avec des suites opératoires compliquées ayant nécessité un drainage intercostal et une gastrostomie. C'est après l'ablation du tube de gastrostomie que les accès paroxystiques de toux à l'ingestion d'aliments et de boissons ont débuté, avec rejet de l'ingestat;

perte pondérale, hémoptysie, fièvre et dyspnée ont complété le tableau. A l'examen on trouve une matité de la partie inférieure droite du thorax une sonde dans le thorax à droite a donné issu à une substance purulente. Les clichés ont montré un épaississement pleural des deux angles costo-phréniques. Un cliché pris après opacification oesophagienne montre une communication entre l'oesophage et une cavité siégeant dans la partie inférieure droite du thorax, vers la bronche inférieure droite lobaire. L'oesophagoscopie confirme une fistule ouvrant sur la paroi antéro-latérale de l'oesophage avec sténose sous-jacente. A l'intervention, une sonde ne peut pénétrer de l'estomac dans l'oesophage, et on doit pratiquer une pyloroplastie et une gastrostomie; la fistule est exposée dans son trajet thoracique, détachée de la bronche; un fragment de colon transverse est placé entre l'estomac et l'extrêmité libre de l'oesophage. L'examen de la pièce opératoire a montré que sur 7 centimètres, l'oesophage avait une lumière sténosée et un trajet fistuleux inflammatoire de 1 cm 50. La bronche avait été naturellement ligaturée avant la section de la fistule.

Il est rare qu'un diverticule du bas oesophage donne une symptômatologie aussi accusée s'il n'y a pas d'obstacle en direction distale : achalsie, spasme oesophagien diffus.

Dans le présent cas, la sténose de l'oesophage terminal avait été la conséquence de la diverticulectomie qui avait entraîné la formation d'une fistule.

Malgré toutes les différences qui séparent ce cas de notre observation, il faut insister sur l'analogie d'une partie de la symptomatologie.

- Formes traumatiques :

Elles semblent de plus en plus fréquentes, étant donné le nombre des traumatismes thoraciques dans les accidents de la circulation. Selon JUNG on trouve une étiologie traumatique dans 20,9% des cas. Dans le groupe

réuni par cet auteur, 6 fistules oesophago-trachéales et 2 fistules oesophago-bronchiques étaient d'origine traumatique, dans 21 cas traumatiques, la topographie de la fistule n'était pas précisée. A l'origine, on trouve surtout les plaies perforantes, les écrasements du thorax avec fractures multiples de côtes, emphysème sous-cutané et hémothorax. Toutefois les contusions thoraciques sans plaie ni fracture peuvent, elles aussi, entraîner une rupture de la trachée et de l'oesophage (ALBI-CILDERIST, BAKEY-HEANEY, HUGUES FOX). La genèse de la fistule y reste difficilement explicable, surtout si on ne peut faire intervenir l'existence préalable d'un diverticule (JUNG).

De rares fistules oesophago-trachéo-bronchiques sont déterminées par une broncholithiase. WYCHULIS cite le cas d'un homme de 58 ans vu pour la première fois en avril 1964 pour expectoration à la toux de "pierres" huit mois auparavant, et depuis six mois, accès de toux et parfois vomissements à l'ingestion de liquides. L'amaigrissement est de 10 kg. Depuis quinze jours, le malade présente de la fièvre, une anorexie et une déshydratation nécessitant un goutte-à-goutte intra-veineux. L'état général semble très altéré. Les examens de laboratoire sont normaux. Un cliché thoracique est normal et les tests cutanés sont négatifs pour : la tuberculose, l'histoplasmose, la coccidioidie. Après administration d'un produit de contraste, un cliché révèle une fistule faisant communiquer l'oesophage et la bronche intermédiaire droite. L'oesophagoscopie ne montre pas la fistule, mais la bronchoscopie aperçoit un orifice fissuraire dans la bronche intermédiaire.

Une thoracotomie permet de découvrir un trajet fistuleux reliant l'oesophage à la bronche intermédiaire droite; section, découverte d'une petite poche de la muqueuse oesophagienne fixée à un ganglion calcifié. Suture des orifices fistuleux oesophagien et bronchique, avec interposition d'un lambeau pleural.. Suites simples, disparition de la dysphagie, persistance de la guérison au dernier examen, 14 mois après l'intervention.

- Les formes néoplasiques :

Considérées longtemps comme les plus fréquentes, peuvent provenir d'un cancer de l'oesophage, d'adénopathies médiastinales, hodgkiniennes, mais aussi de formations tumorales bénignes, Besnier-Bock-Schaumann, granulomatose de Wegener.

Il faut également citer les formes survenant après radiothérapie et donc d'éviter la radiothérapie chez un malade présentant un néoplasme touchant à la fois la bronche et l'oesophage.

Certaines fistules oesophago-trachao-bronchiques surviennent sans cause définie, sans étiologie apparente, ou décelable. Mais alors, il s'agit d'infection banale traduite par des accidents broncho-pulmonaires chroniques, ou à répétition. Deux observations, celle de JUNG, celle de MICHON, nous paraissent illustrer ce type de fistule oesophago-trachéale ou trachéo-bronchique :

Observations de JUNG, NESSELER et BOUDIN :

Un malade de 48 ans est vu pour des troubles gastriques datant de quinze années, progressivement aggravés; il y a dix ans, à l'ingestion d'amandes et de noix survient un accès de toux, suivi d'expectoration de caillots de sang. Une broncho-pneumonie à deux épisodes récidivants est suivie d'une expectoration chronique, muco-purulente, avec épisodes fréquents de bronchite. Depuis deux ans enfin, la prise de liquide déclenche une toux violente. Un examen radiologique de l'oesophage et de l'estomac révèle que l'ingestion de la boullie en décubitus dorsal fait subitement tousser le malade avec arrêt de liquide au niveau de la partie supérieure de l'oesophage, à cet endroit, un passage fistuleux de la largeur d'un crayon se dessine vers la bronche souche droite et peu à peu, tandis que la toux persiste, on voit le lobe inférieur droit s'imprégner de bouillie barytée et des images de bronchiectasies apparaître nettement. Des particules de bouillie opaque sont projetées dans le poumon opposé. Cet examen autorise le diagnostic de fistule oesophago-bronchique avec dilatations bronchiques droites.

A l'entrée à la Clinique Chirurgicale, JUNG trouve un état général moyen, quelques gros râles de bronchite au niveau du lobe inférieur du poumon droit. Une radiographie des poumons montre une opacité paracardique droite, homogène et dense. L'oesophagoscopie, gênée par les replis de la muqueuse ne permet pas de voir l'orifice de la fistule, mais exclut l'éventualité d'une tumeur. A la bronchoscopie, l'aspect de la trachée et de l'arbre bronchique gauche est normal. Mais à droite, cinq centimètres au dessous de la bifurcation, un orifice du diamètre d'une lentille limité par une muqueuse lisse, non enflammée, perfore la paroi postérieure de la bronche souche; il en sort un liquide gris brun. La fistule semble, du côté de l'arbre respiratoire, s'aboucher à la bronche droite, entre l'orifice du lobe supérieur et du lobe moyen.

Intervention : dégagement laborieux de la face postérieure du hile et de l'oesophage, après un décollement difficile du lobe inférieur induré adhérant fortement à la plèvre et au diaphragme; l'expression du lobe a fait sourdre dans les bronches, du pus. La fistule est découverte : elle fait le pont entre la face antéro-interne de l'oesophage et la bronche souche droite, à mi-chemin des bronches des lobes supérieur et moyen; elle est longue de 4 cm environ, et large comme un crayon. Elle semble se composer du côté oesophagien, de fibres musculaires et, du côté bronchique, du tissu conjonctif dense. Libération du canal dont la partie moyenne est prélevée pour examen histologique. Fermeture de l'orifice oesophagien de la fistule par une triple suture, et de l'orifice bronchique par des points séparés. On renonce à une lobectomie complémentaire indiquée par les bronchiectasies. On place deux drains pour aspiration continue, et on ferme le thorax. Les suites sont simples, tous les troubles ont disparu : toux, expectoration, manifestations gastriques. Pourtant l'opacité lobaire persiste sur les clichés, un peu éclaircie cependant; l'image bronchiectasique persiste à la bronchographie.

Examen histologique du conduit fistuleux : muqueuse tapissée d'épithélium pavimenteux du type oesophagien, avec légère inflammation sous-muqueuse.

L'histoire clinique et l'aspect histologique sont en faveur d'une perforation dans la bronche droite d'un diverticule de l'oesophage au cours de l'évolution d'une diverticulite.

Observation de MICHON, CHALNOT, GROSDIDIER, LARCAN et HURIET :

Une femme de 73 ans présente depuis quelques semaines un tableau de pneumopathie droite. Dans les antécédents, depuis trois ans on relève une toux quinteuse parfois grasse sans cause déclenchante, sans expectoration ni hémoptysie; la déglutition est normale, sans dysphagie ni sensation de fausse route. Un épisode pulmonaire aigu survenu neuf ans plus tôt a été diagnostiqué "congestion pulmonaire" avec fièvre cédant aux antibiotiques, mais la toux a persisté. Deux mois plus tard, apparaissent les signes oesophagiens; gêne croissante à la déglutition, fausses routes fréquentes, quintes de toux prolongées et très pénibles à l'ingestion d'alimentations solides et liquides. L'état général est encore satisfaisant, malgré une perte pondérale de 10 kg en trois mois et une anorexie récente. L'examen clinique est très pauvre : discrète hypertension artérielle à 18,5 - 10 sans retentissement cardiaque clinique ni électrique; nombreux râles bronchiques prédominant au niveau de la base droite.

La radiographie pulmonaire montre une opacité non homogène de la base droite, grossièrement triangulaire, à sommet hilaire. Le transit oesophagien baryté ayant évoqué une fistule oeso-trachéale, de nouveaux clichés sont pris après opacification du lipiodol; ils confirment l'existence d'une fistulisation, qui s'est produite au niveau d'un diverticule épibronchique oesophagien. L'arbre bronchique du lobe inférieur droit est parfaitement dessiné et très peu modifié.

La bronchoscopie est peu instrictive, du fait de remaniements inflammatoires de la partie antérieure de l'éperon et des bronches souches, empêchant de voir nettement la fistule.

Le diagnostic de fistule oesotrachéale étant formel, les difficultés d'alimentation ayant exigé la mise en place d'une sonde gastrique, l'état déclinant, une décision thérapeutique était à prendre d'urgence. Pour l'abstention chirurgicale et en faveur d'un traitement médical : cautérisation endoscopiques. En faveur de l'indication opératoire, jouent l'état général encore bon, les résultats favorables du bilan paraclinique : ECG normal, urée, crase sanguine, protidémie normales; enfin les dimensions de la fistule sur les clichés lipiodolés rendaient improbable le succès du traitement médical.

L'alimentation par la sonde et les antibiotiques ayant atténué les manifestations pulmonaires, on intervient : thoracotomie droite sur la 5e côte, bonne exposition des lésions, incision de la plèvre médiastine à hauteur de la bifurcation trachéale, après ligature de la crosse de l'azygos; dissection minutieuse de la face postérieure de la bifurcation et de l'oesophage, mise en évidence de la fistule oesotrachéale au sein d'une adénopathie inflammatoire qui est soigneusement excisée; séparation des deux organes, suture oesophagienne facile, car il existe un cône oesophagien, muqueuse au catgut, muscle à la soie; la suture bronchique s'avère plus difficile, le tissu étant moins souple; plusieurs points en x, un lambeau pleural est découpé sur la paroi pour parfaire la réparation des deux organes en cravatant l'oesophage; drain thoracique. Le poumon macroscopiquement normal ne nécessite aucun geste complémentaire. Suites immédiates et lointaines excellentes; sept mois après l'intervention l'état est très bon, et l'alimentation, normale.

On cite quelques rares cas dans lesquels l'origine de la fistule oesophago-trachéo-bronchique relevait d'une actinomycose, d'une histoplasmose.

Nous arrivons ici aux fistules d'étiologie tuberculeuse, groupe auquel appartient notre observation.

Pour situer , en fréquence, cette forme étiologique particulière, nous reproduirons quelques tableaux collationnant des observations de fistules oesophago-trachéo-bronchiques de toutes les origines, telles que nous venons de la passer en revue, traumatique, néoplasique, congénitale, infectieuse.

En 1957, JUNG et ses collaborateurs réunissaient les 75 cas collationnés en 1950 par COLEMAN et BUNCH, ils y ajoutaient 63 observations publiées entre 1950 et 1957 et enfin un cas personnel, soit une série totale de 139 observations, pour lesquelles la répartition étiologique pouvait se faire comme suit :

Causes invoquées ou prouvées	Fistules oeso-trachéales	fistules oeso-bronchiques	Non précisées	%
Traumatisme :	6	2	21	20,9
Diverticule :	-	14	12	18,7
TUBERCULOSE :.....	2	2	14	12,9
Affection congénitale : ..	6	10	-	11,5
Syphilis :	2	-	11	9,4
Rétrécissement oesophagien:	1	3	4	5,8
Abcès poumon, empyème :...		2	1	2,2
Calcul bronchique :			2	1,4
Abcès thyroïdien :	1			0,7
Actinomycose :			1	0,7
Causes inconnues :		4	18	15,8

Dans cette série de JUNG, par conséquent, la tuberculose occupe la troisième place de fréquence parmi les diverses étiologies, avec une proportion de 12,9 pour 100 des cas.

La statistique de WYCHULIS, ELLIS et ANDERSEN (1966) repose sur 36 cas, 9 fistules oesophago-trachéales et 27 fistules oesophago-bronchiques. En ce qui concerne les étiologies de ces 36 cas, elles se répartissent comme suit (il ne s'agit que de fistules oesophago-aériennes acquises et bénignes, étant donc exclues les malformations congénitales et les formes néoplasiques). Les causes les plus fréquentes ont été le traumatisme et l'infection, trouvées dans 26 cas, soit 72 % des cas; dans six cas, il s'agissait de l'ingestion accidentelle d'une substance toxique, trois de ces fistules survenant à la suite de la dilatation de l'oesophage sténosé. Deux fistules appartenant au groupe des traumatismes coexistaient avec une fracture du maxillaire après des blessures graves, et deux autres après compression traumatique du thorax. On relève encore une plaie par balle à la base du cou avec communication trachéo-oesophagienne ultérieure; une autre fistule s'est instituée au niveau d'un abcès médiastinal après aspiration (fausse route), d'un morceau de viande.

La tuberculose, la syphilis et l'actinomycose intervenaient en tant que facteurs étiologiques dans dix cas de fistules oesophago-respiratoires. Dans les cinq cas de tuberculose, confirmée par les cultures, la lésion a été attribuée à l'érosion de ganglions tuberculeux. Dans un cas le malade a expectoré un calcul. Dans deux des cas de syphilis, il existait des lésions gommeuses infiltrant le médiastin, dans les deux autres cas, l'origine de la fistule se situait au niveau d'un anévrysme syphilitique de l'aorte.

Dans trois cas les fistules coexistaient avec des ganglions péribronchiques calcifiés, qui ont été attribués à une infection non spécifique antérieure du médiastin. Une autre fistule s'est constituée chez un malade atteint d'emphysème chronique. Les cultures n'ont donné aucun germe pathogène.

Dans trois cas, la fistule a été diagnostiquée huit jours après l'exérèse chirurgicale d'un diverticule du bas oesophage. Deux de ces malades sont venus à la Clinique Mayo après avoir subi ailleurs un diverticulectomie dans un autre cas, c'est vraisemblablement une ulcération du diverticule oesophagien qui a été à l'origine de la fistulisation.

Chez six malades, il n'a pas été possible d'établir la cause de la fistule; chez deux d'entre eux, âgés de 52 et 55 ans respectivement, on a évoqué l'hypothèse d'une origine congénitale, devant l'aspect histologique de l'épithélium respiratoire qui contenait des glandes à mucus et du cartilage dans la paroi de la portion correspondant à la fistule, en direction proximale par rapport à l'arbre bronchique, tandis que la portion distale était tapissée d'un épithélium squameux stratifié et contenait dans sa paroi du muscle lisse.

Etiologies de 36 fistules oesophago-aériennes acquises bénignes :

Causes	Nombre		
INFECTION	14		
Tuberculose :		5	
Syphilis :		4	
Anévrysme aortique :			2
Actinomycose :		1	
Non spécifique :		4	
TRAUMATISME	12		
Chimique (ingestion de soude):		6	
dilatation de sténose :.....			3
Plaie par écrasement :		4	
avec fracture du maxillaire :			2
écrasement par le volant :			2
Plaie pénétrante par balle :		1	
Aspiration de corps étranger :		1	
DIVERTICULE oesophagien	4		
Post-diverticulectomie :		3	
Ulcération dans le diverticule :		1	
PAS DE CAUSES CONNUES :	6		
TOTAL :.....	36		

Ainsi, dans les étiologies trouvées à l'origine des fistules oesophago-trachéo-bronchiques, la tuberculose a été estimée à une fréquence de 12,9 % dans la série réunie par JUNG, de 13,88 % dans celle des Américains WYCHULIS et ELLIS. Cette place est évidemment réduite par rapport à la fréquence de la tuberculose dans les fistules ganglio-trachéo-bronchiques. L'intérêt d'un diagnostic étiologique précoce et exact dans les formes oesophago-aériennes est donc évident, et c'est pourquoi nous avons rapporté notre observation, et que nous allons maintenant donner aux formes tuberculeuses le développement qu'elles nous paraissent mériter.

oOo

FORMES TUBERCULEUSES

A l'intérieur même du groupe des fistules oesophago-trachéo-bronchiques, on trouve des circonstances étiologiques fort diverses qui ont permis à l'élément infectieux spécifique commun, la tuberculose, de provoquer et d'entretenir la fistule.

La preuve d'ailleurs que le facteur tuberculeux joue un rôle favorisant particulier, en dehors des conditions topographiques présentes est fournie par l'important contingent des classiques fistules ganglio-bronchiques vues surtout dans la primo-infection, mais également possibles dans les formes post-primaires. Bien que ces fistules diffèrent très sensiblement, par leur topographie, leur étiopathogénie, leur symptômatologie, des trajets concernant l'oesophage, elles méritent d'être rapidement rappelées, malgré leur relative fréquence, leur banalité, et surtout la parfaite connaissance qu'en ont aujourd'hui les phtisiologues.

Il y a encore quelques décennies, les fistules oesophago-trachéo-bronchiques acquises bénignes relevaient souvent d'une origine tuberculeuse, ou syphilitique. Mais la chimiothérapie spécifique est suffisamment active et systématique actuellement pour que le processus tuberculeux soit enrayé et ce type de complication, raréfié. De plus, souvent les fistules oesophago-aériennes tuberculeuses ont changé d'aspect en ce sens que c'est une érosion au contact d'un ganglion calcifié qui en sera plutôt la cause : c'est dire qu'il ne s'agit plus de primo-infection, ni d'infection évolutive, mais bien plutôt de processus anciens, assoupis, dont il faut rechercher l'existence par une

enquête anamnétique précise. La fistule dans de tels cas est constatée chez des sujets en bonne santé, et les ganglions péribronchiques calcifiés ne contiennent plus de bacilles pathogènes.

Il persiste cependant des exemples de fistules oesophago-aériennes survenues au cours d'une tuberculose évolutive reconnue. Nous allons donc envisager les diverses circonstances étiologiques au cours desquelles ces fistules peuvent être observées.

Au cours de la primo-infection, chez l'enfant comme chez le jeune adulte, les fistulisations sont possibles, mais elles sont ganglio-bronchiques dans la majorité des cas. BOUCHER sur 103 cas de tuberculose primo-secondaire chez de jeunes militaires, dénombre 28 cas de fistules plus ou moins exubérantes, quoique souvent latentes. Les pleurésies dites de primo-infection en comportaient à elles seules 9 cas sur 18, soit une fréquence de 50 %.

En dehors de la primo-infection, les fistules bronchiques ganglionnaires sont elles aussi relativement fréquentes : TRICOIRE en a récemment réuni 16 cas observés en l'espace de peu de temps. LEVI-VALENSI aboutit à la fréquence de 46 % de fistules ganglio-bronchiques en dehors de la primo-infection chez les tuberculeux soumis à un examen bronchoscopique systématique. FRAIN et collaborateurs, en 1956, ont décrit les aspects radio-tomographiques des fistules ganglio-bronchiques tuberculeuses :

- au cours de la primo-infection, on constate la disparition d'une opacité ganglionnaire, remplacée par une cavité; l'ensemencement bronchogène donne un aspect miliaire ou nodulaire de topographie localisée lobulaire ou segmentaire; les ombres parenchymateuses homogènes systématisées traduisent l'obstruction bronchique et la sténose par compression ganglionnaire ou inflammation.

- en dehors de la période primo-secondaire, la fistule ganglio-bronchique reste en général insoupçonnée, et demeure une découverte de bronchoscopie. Aucun signe radiologique n'évoque alors la fistule cicatricielle latente, ni la

fistule active d'un "cracheur sain de bacilles". Aussi la tomographie en coupe mince passant par le plan bronchique, ou, mieux, des tomographies frontales obliques de l'arbre trachéo-bronchique permettent éventuellement de déceler des images directes de fistules et de perforations ganglio-bronchiques.

Mais laissons ces formes banales puisque relativement fréquentes, encore qu'en notable régression grâce au traitement chimiothérapique anti-tuberculeux, pour envisager les beaucoup plus rares fistules oesophago-aériennes tuberculeuses. CHARPIN et ZAFIROPULO ont rapporté le cas d'une femme de 35 ans présentant depuis une vingtaine d'années une bronchorrhée purulente hivernale, de petites hémoptysies, des pneumopathies à répétition de la base droite, des quintes de toux à la déglutition de certains liquides irritants. La bronchographie met en évidence une bronchosténose et des bronchiectasies du lobe moyen. Le barytage oesophagien remplit un diverticule de traction. Par une sonde de Metras introduite dans le diverticule, on injecte au lipiodol une fistule aboutissant à la partie inférieure de la bronche intermédiaire. Il s'agit d'une séquelle lointaine d'adénopathie primaire tuberculeuse fistulisée.

A ce cas de CHARPIN on peut rapprocher celui de LUNEL et NATALI (1963) : une jeune fille se plaint de sensation de boule rétrosternale et éprouve brusquement de la dysphagie. L'oesophage présente radiologiquement une lacune arrondie, régulière, qui fait penser à une tumeur bénigne. La tomographie révèle un nodule dans le champ pulmonaire gauche. A l'oesophagoscopie, à 22 cm, une tuméfaction arrondie avec oedème, un orifice de fistule, la biopsie montre qu'il s'agit d'une fistule tuberculeuse. Observation intéressante par la rareté de cette forme de fistule, par la discrétion des manifestations.

CALVET, RIBET et COLL à propos d'un cas personnel, ont insisté sur la rareté des fistules broncho-oesophagiennes tuberculeuses, et à fortiori, des fistules pneumo-oesphagiennes, vraiment exceptionnelles.

Il s'agit d'une malade de 70 ans, sans antécédents notables, qui présente assez brusquement une toux lors de la déglutition des liquides, sans dysphagie. On découvre quelque temps après une tuberculose pulmonaire bilatérale, avec bacilloscopie positive. Le transit baryté oesophagien montre une fistule haut située, mettant en relation une géode du lobe supérieur droit avec l'oesophage. L'origice est parfaitement visible en oesophagoscopie; la bronchoscopie, par contre, ne montre aucun orifice anormal. Devant l'état précaire de la malade, on pratique seulement un traitement par streptomycine, PAS, Isoniazide, réhydratation. L'opportunité d'une gastrostomie est rejetée et la malade meurt au bout d'une quinzaine de jours.

Les fistules oesophago-pleurales peuvent représenter une complication de la pneumonectomie pour tuberculose. WAREMBOURG et collaborateurs ont rapporté l'observation d'un homme de 36 ans qui constitua une fistule oesophago-pleurale à la suite d'une pneumonectomie droite suivie d'une thoracoplastie rendue nécessaire par l'apparition d'un pyothorax bacillaire. Le malade fut traité par oesophagoplastie préthoracique au moyen de l'iléo-colon droit, avec un résultat très satisfaisant. La fistule s'est refermée, le malade s'alimente régulièrement et a repris du poids.

Cas analogue que celui de LONGEFAIT et HARTUNG : un malade subit pour tuberculose une pneumonectomie, à la suite de quoi il reprend une activité normale poursuivie pendant quatre ans. Puis, sans cause apparente, s'ouvre une fistule oeso-pleurale. A l'intervention, la fistule comporte une collerette pleurale et un diverticule oesophagien par traction, réunis par un ganglion perforé. Une hémithoracectomie et la fermeture de la fistule assurent de bons résultats.

A. DUMONT et J. DE GRAEF considèrent eux aussi les fistules oesophago-pleurales comme de possibles complications tardives de pneumonectomie. Eliminant les fistules des trois premiers mois post-opératoires, qui sont des complications de l'acte chirurgical lui-même, ces auteurs étudient quatre cas dans lesquels la fistule oesophago-pleurale est apparue après

un intervalle libre de plus de deux ans après une pneumonectomie pour tuberculose grave. La survenue d'un emphysème tardif doit imposer des examens cliniques minutieux, et le traitement doit être éclectique : du simple drainage à l'abord direct de la fistule complété par une thoracotomie . L'hypothèse pathogénique retenue est celle d'une diverticulation oesophagienne par traction consécutive aux remaniements post-opératoires; la perforation secondaire du diverticule fait apparaître la fistule.

BARRIE et PILIAK ont observé deux cas de fistule oesophago-pleurale.

La première de ces fistules paraît due à une électro-coagulation importante au voisinage de l'oesophage; au cours de l'exécution d'un pneumothorax extra-pleural, elle a entraîné la mort;

La seconde est apparue après quatre mois de suppuration dans une cavité d'apicolyse où s'était produite une perforation cavitaire. La mise en place d'une sonde gastrique conservée plusieurs mois, la mise à plat et les nitratages ont fini par assurer la guérison.

DAUMET, GARNIER et ORTEGA ont observé deux cas de fistules oesophago-extra-pleurales :

La première est une fistule tardive sur pycthorax extra-pleural ancien. Par une grande thoracotomie, il a été fait une décortication et un avivement des bords de la fistule, qui sont rapprochés par quelques points précaires. Deux espaces intercostaux peuvent être amenés pour renforcer cette suture. Enfin, une thoracoplastie de cinq côtes termine l'opération, qui a assuré la guérison sans incidents;

La seconde concerne un pyothorax extra-pleural vieux de quatre ans, et compliqué secondairement de fistule oesophagienne. Une intervention comparable à celle de l'observation précédente est exécutée, mais la fistule réapparaît et la mort survient au bout de trois mois, dans un tableau de néphrose. Cet échec est attribué par les auteurs au retard apporté à décider l'intervention, et à l'état de grave dénutrition de la malade. Une gastrostomie temporaire aurait pu assurer de meilleurs résultats.

Trois observations enfin ont illustré les fistules oesophagiennes du pneumothorax extra-pleural chez des malades de LORTAT-JACOB, LE BRIGAND, HUMMEL et TRIBOULET. Ces auteurs pensent que l'apparition d'un syndrome fébrile de type septico-pyohémique dans les suites d'un extra-pleural doit toujours faire penser à une fistule oesophagienne. Le traitement de choix est alors la décortication suivie par une suture de la fistule. Ses chances de succès sont d'autant plus grandes que l'intervention aura été plus précoce. Celle-ci doit être d'emblée complète : la thoracoplastie, ou la pleurotomie, n'ont pas d'indication utile, la gastrostomie par contre présente des avantages. Dans les trois cas de LORTAT JACOB, la fistule oesophagienne fut guérie, mais chez le premier malade, une large suppuration pleurale devait s'instituer, nécessitant la thoracoplastie secondaire.

Malgré ces exemples, il ne reste pas moins que dans les fistules oesophago-bronchiques qui occupent la première place, elles se localisent souvent à hauteur de la bifurcation trachéale, et que ce soit sur la trachée ou sur la bronche, c'est la paroi postérieure qui porte l'orifice fistulaire; sur l'oesophage, ce sont les faces antérieure, ou latérales.

D'après les topographies possibles, nous envisagerons dans l'étude anatomo-pathologique qui suit, la classification de ces formes selon leur fréquence respective.

oOo

ASPECTS ANATOMO-PATHOLOGIQUES

Se basant sur douze observations de fistules oesophagiennes bénignes relevées dans le Service de Monsieur le Professeur J. DOR et sur la consultation de 220 références, V. DOR dans sa thèse (Marseille 1961) a repris l'anatomo-pathologie et la clinique pour faire la nosographie et établir le tableau suivant :

1 - Fistules oeso-cavitaires :

Elles se subdivisent en :

- Fistules oeso-pleurales : spontanées, post-opératoires, post-traumatiques,

- Fistules oeso-extra-pleurales,

- Fistules oeso-extra-périostées,

- Fistules oeso-extra-musculo-périostées,

Ces trois dernières catégories étant toujours post-opératoires.

2 - Fistules oeso-aériennes :

Elles se subdivisent en :

- Fistules néonatales oeso-trachéales,

- Fistules néoplasiques : oeso-trachéales les plus fréquentes oeso-bronchiques, oeso-pulmonaires, rares,

- Fistules non néoplasiques de l'adulte : oeso-trachéales et oeso-bronchiques.

En ce qui concerne l'étiologie, V. DOR distingue :

- les fistules oeso-aériennes congénitales découvertes à l'âge adulte,

- les fistules oeso-aériennes acquises, traumatiques et inflammatoires. Selon DOR, deux sortes de lésions sont nettement plus fréquentes que les autres :

Les fistules congénitales, qui sont une transition entre la forme grave du nouveau-né et la forme de l'adulte; suffisamment discrètes, ces fistules ont permis à l'enfant de franchir sans encombre les premières années de sa vie; elles se manifestent, en général, lorsque l'infection vient se surajouter, dévoilant une communication jusque là insignifiante;

Les fistules diverticulaires. ZENKER considère ces diverticules de traction comme le résultat d'une lésion ganglionnaire qui attire par sa rétraction cicatricielle la paroi de l'oesophage. Le plus souvent, il s'agit d'une adénopathie tuberculeuse, mais des infections moins spécifiques frappant les ganglions médiastinaux peuvent avoir ce même résultat. Depuis que ces fistules relèvent du traitement chirurgical, on en connaît mieux l'anatomie pathologique. Selon DOR "si la lésion est oesophagienne, le pronostic est pulmonaire". Certaines fistules haut situées sur la trachée ou les grosses bronches entraînent des lésions diffuses, à poussées aiguës, parfois massives, mais curables. D'autres fistules plus fines, plus périphériques sur l'arbre bronchique, retentissent sur le parenchyme respiratoire qu'elles lèsent de façon chronique, installent des lésions scléreuses, localisées, mais irréversibles. L'état du médiastin conditionne le pronostic car de lui dépend la facilité ou la difficulté opératoire. Envahi de sclérose au pourtour de la fistule, il en rend difficile la dissection, de plus on peut trouver une médiastinite chronique, des adhérences pleurales.

oooooo

Toujours en ce qui concerne l'anatomo-pathologie, la statistique de WYCHULIS nous indique que pour 9 fistules oesophago-trachéales il y avait 27 fistules oesophago-bronchiques, dont 15 intéressent la bronche principale ou ses rameaux. Selon COLEMAN et BUNCH la fistule siège plus souvent à droite qu'à gauche. Le tiers supérieur de l'oesophage a été atteint dans 9 cas, le tiers moyen dans 21 cas, le tiers inférieur dans six cas.

Localisation des fistules oesophago-respiratoires acquises bénignes dans les 36 cas de WYCHULIS :

	Nombre	
LOCALISATION OESOPHAGO-BRONCHIQUE	27	
Coté droit :		15
Bronche lobaire inférieure :		8
Bronche moyenne :		3
Bronche principale :		2
Bronche lobaire moyenne :		1
Localisation non précisée		1
Coté gauche :	12	
Bronche lobaire inférieure :		1
Bronche principale :		8
Localisation non précisée :		3
OESOPHAGO-TRACHEALE	9	
	36	

Etudiant les formes tuberculeuses des fistules oesophago-trachéo-bronchiques, nous avons été amené plus haut à considérer les classiques fistules ganglio-bronchiques, puis les fistules broncho-oesophagiennes, les fistules oesophago-pulmonaires, et enfin, les fistules oesophago-pleurales.

Nous avons également eu l'occasion de parler du rôle probable joué par les diverticules oesophagiens dits de traction. A ce propos nous citerons les deux observations rapportées par D.V. PECORA (1958) :

L'auteur rapporte le cas d'un homme de 48 ans et d'un homme de 26 ans, tous deux porteurs d'une fistule tuberculeuse de l'oesophage et opérés au State Tuberculosis Hospital in Ray Brook, New York. Les deux malades avaient reçu un traitement antituberculeux certainement important, puisque la tuberculose était devenue inactive au moment où l'intervention a eu lieu. Dans les deux cas, on constata l'existence d'un diverticule de traction à la partie haute de l'oesophage thoracique, conséquence d'une adénite tuberculeuse adjacente. Les symptômes propres à l'atteinte oesophagienne, la présence d'un diverticule de traction, semblent indiquer que l'infection tuberculeuse avait bien été le facteur principal responsable de la fistule dans le premier cas. Un POTT avait précédé la formation du diverticule chez le second malade, et avait été selon toute probabilité le facteur causal responsable et du diverticule et de la fistule. Une thoracoplastie type Schede modifiée a été faite chez le premier malade, permettant d'identifier la fistule, mais non de la traiter, car elle était inaccessible au sommet de la cavité pleurale. De même des tentatives de libération de l'oesophage échouèrent, du fait de fibrose cicatricielle étendue. Cinq jours plus tard, on fit une jéjunostomie à la Witzel. Deux mois plus tard, un examen radiologique de l'oesophage après opacification lipiodolée ne permit pas de retrouver une fistule oesophagienne. En l'absence d'obstruction de l'oesophage, la fistule guérit rapidement.

Chez le second malade, afin de supprimer toute activité fonctionnelle au niveau de l'oesophage, on fit une gastrostomie; cinq semaines plus tard on

excisa la fistule cutanée jusqu'au diverticule oesophagien. L'excision de la fistule échoua, le diverticule était mal drainé du fait d'une obstruction partielle de l'oesophage en aval. Comme le malade n'était pas disposé à accepter une gastrostomie permanente, on fit une oesophagoplastie en utilisant le colon ascendant selon la technique de MAHONEY et SHERMAN. A sa sortie de l'hôpital, le malade pouvait s'alimenter régulièrement sans difficulté.

L'oesophagite tuberculeuse et ses complications guérissent parfois sous le seul traitement médical anti-tuberculeux. Mais la chirurgie peut être nécessaire pour corriger les facteurs mécaniques : dans tous les cas, il faut s'efforcer de conserver dans toute la mesure du possible la fonction oesophagienne; parfois on est amené à créer un bypass, sans exciser l'organe malade.

- Histologie :

L'examen histologique du conduit fistuleux et des tissus avoisinants donne de précieuses indications sur l'étiologie. Un épithélium cilié trouvé dans le canal fistuleux serait la preuve de la nature congénitale de la fistule. D'après BERMAN, la présence de vaisseaux nourriciers spéciaux et anormaux en serait également la preuve. Un épithélium pavimenteux oriente, lui, vers un diverticule. Des fibres musculaires dans la paroi de la fistule font également penser à un diverticule car on n'en trouve pas dans ces fistules congénitales.

oOo

CLINIQUE ET DIAGNOSTIC

L'affection causale responsable de l'adénopathie médiastinale, elle-même à l'origine de la fistule oesophago-aérienne, imprime évidemment au tableau clinique certains caractères qui lui sont propres. Toutefois, on peut dire que ces fistules, du fait même de leur topographie, provoquent une symptômatologie assez constante sur laquelle nous voudrions insister.

Par ailleurs, dans le cas particulier qui nous occupe ici, l'étiologie tuberculeuse de la fistule, nous avons vu que contrairement aux perforations ganglionnaires dans la bronche, la fistule oesophagienne ne paraît pas compliquer fréquemment la primo-infection, mais bien plutôt les formes plus anciennes, et même souvent, semble-t-il, les tuberculoses assoupies, voire guéries par calcification ganglionnaire. C'est dire que dans la plupart des cas, les fistules oesophago-bronchiques ou trachéales donneront les signes et symptômes directement liés à cette communication fistulaire beaucoup plus que les manifestations propres à la tuberculose. Aussi l'étiologie bacillaire ne vient-elle pas d'emblée à l'esprit sur le plan clinique, et les examens bactériologiques qui sont demandés apportent alors la précision recherchée. Il en est de la fistule comme de la tuberculose "il faut savoir y penser" (V. DOR).

L'attention est attirée par le maître symptôme qu'est la toux secondaire à la déglutition, toux anodine souvent capricieuse, variable en intensité et dans le temps, peu évocatrice aussi longtemps que l'on ne l'a pas mis en relation avec la déglutition qui la déclenche.

ROTH et BARNA, à propos de 670 cas de fistules oesophago-bronchiques collationnés, insistent sur le fait que ces lésions peuvent rester longtemps méconnues. Si elles sont larges, elles donnent à la toux après la déglutition de liquide, et plus tard, d'aliments solides; le malade est obligé de prendre des attitudes particulières pour avaler. Si elles sont étroites, elles donnent lieu à des accidents infectieux pulmonaires, à type de bronchite, de pneumonie à répétition, de bronchiectasies, de sclérose pulmonaire, avec déclin rapide de l'état général par défaut d'alimentation. Mais on comprend que ces accidents respiratoires soient longtemps considérés comme primitifs, et non conditionnés par une fistule dont le petit calibre risque d'échapper à un examen superficiel.

JUNG à propos de 139 observations recueillies dans la littérature - dont un cas personnel - décrit comme suit les signes cliniques :

- en cas de fistule congénitale, les anamnétiques peuvent s'étendre régulièrement et sans interruption sur des années, et même des décennies. Aussi l'âge du malade au moment où est porté le diagnostic, varie entre deux jours et 62 ans. Dans l'enfance, les premières manifestations sont des épisodes pneumoniques qui se renouvellent, de plus en plus fréquemment; on observe une toux opiniâtre, des bronchiectasies, des abcès du poumon; puis parfois des crachats sanglants ou même des hémorragies massives; des vomissements. En cas de fistule oesophago-bronchique, les accidents pulmonaires se situent toujours du même côté; en cas de fistule oesophago-trachéale ils peuvent alterner de côté.

Dans les fistules acquises, les antécédents ne remontent pas jusqu'à l'enfance, mais les premiers symptômes peuvent fort bien apparaître avant la formation définitive de la fistule. Il est possible dans certaines observations, de suivre l'installation de la fistule sur un terrain diverticulaire; une diverticulite, une oesophagite, peuvent avoir précédé la perforation, et les troubles ainsi provoqués risquent d'être attribués à une cause gastrique. La perforation elle même va donner lieu à des réactions pleurales

plus ou moins localisées. Lors de l'ouverture de la fistule dans l'arbre trachéo-bronchique, il peut se produire une hémorragie massive (JUNG).

A la période d'état, la fistule oesophago-aérienne étant nettement développée, les symptômes qui apparaissent sont évidents, et sensiblement les mêmes chez tous les malades. Le diagnostic clinique devra donc à cette phase - déjà tardive il est vrai - être facilement orienté. Les malades eux-mêmes apportent des indications très précises : ils se plaignent d'une toux opiniâtre, difficile à dominer, déclenchée chaque fois qu'ils mangent ou qu'ils boivent, parfois seule la prise de liquides entraîne la toux, il s'agit alors vraisemblablement de fistules de très étroit calibre. La toux est souvent très violente, et peut s'accompagner de nausées, de vomissements, surtout si elle a été provoquée par la prise de boissons très chaudes, ou très froides, d'alcool, d'aliments très épicés. Entre les accès de toux, on trouve toujours une dyspnée permanente, accentuée par l'effort. Les expectorations frappent par leur saveur et leur odeur acides, et elles peuvent parfois contenir des particules alimentaires.

Le diagnostic est plus évident dans les fistules larges que dans les petites fistules : COLMAN et BUNCH dans quatre observations, ont montré que les malades ont été traités pendant un à huit ans avant que le diagnostic exact ait été porté. Lorsque la fistule est de petit calibre, la symptomatologie broncho-pulmonaire est banale, atypique, sous forme de bronchite, atélectasie pulmonaire, pneumonie récidivante, bronchiectasie, abcès pulmonaire, masquant la symptomatologie de la fistule, les antécédents doivent être soigneusement recherchés, établis, et exploités. La confirmation viendra de la bronchographie, du transit oesophagien, de la bronchoscopie et de l'oesophagoscopie.

Les 36 cas collationnés par WYCHULIS ont permis à cet auteur d'établir la symptomatologie clinique comme suit :

- la durée des symptômes imputables à une fistule oesophago-respiratoire a varié de huit jours à 35 années..... Dans 26 cas, les symptômes

remontaient à moins de quatre ans, avec une durée moyenne de 1, 1 an. Chez les onze autres malades, les manifestations existaient depuis plus de cinq ans, avec une durée moyenne très proche de 13 ans.

Dans 22 cas, les malades signalaient une sensation brusque de strangulation quelques secondes après l'ingestion de liquides ou d'aliments solides. C'est là un signe absolument pathognomonique. Des aliments ingérés ont été expulsés à la toux chez 19 de ces 22 malades. Certains d'entre eux étaient en mesure d'éviter la sensation de strangulation en avalant en position couchée.

Des hémoptysies, des hématémèses ont été relevées dans 15 cas, mais un seul cas a comporté une hémorragie mortelle, due à la rupture d'un anévrysme aortique dans l'oesophage. Les hémoptysies n'ont jamais été graves dans la série de WYCHULIS, alors que chez les deux malades de MAIER les hémoptysies étaient sévères.

Dans 23 des 36 cas de WYCHULIS, une affection endothoracique associée est apparue : 18 fois pneumonie, 9 fois bronchiectasie, 3 fois empyème, 3 fois abcès médiastinal, 1 fois abcès pulmonaire. Des 16 malades chez lesquels la fistule remontait à plus d'une année, 13 étaient porteurs d'une atteinte suppurée du poumon.

La clinique, à la période d'état d'une fistule oesophago-trachéo-bronchique de large calibre, autorise donc un diagnostic de probabilité. Mais elle risque de le laisser échapper en cas d'atteinte broncho-pulmonaire surajoutée, et surtout si le trajet fistuleux est de petit diamètre.

Il est bien évident que chez ces malades qui toussent, font des épisodes respiratoires renouvelés, on a pratiqué un examen systématique radiologique du thorax : mais un cliché classique ne décélera pas une fistule oesophago-respiratoire. Parfois, une sonde gastrique nasale va pénétrer dans l'arbre respiratoire par l'orifice oesophagien. Mais un diagnostic de certitude ne pourra être obtenu que lorsque l'examen radiographique sera fait après opacification de l'oesophage par l'huile iodée, en cas de suspiscion de fistule, il ne faut évidemment pas utiliser le sulfate de baruym.

La bronchographie sera utilisée obligatoirement, afin de préciser s'il existe une atteinte du tissu pulmonaire réclamant une résection lors de l'intervention.

Sur les 22 malades bronchoscopés dans la série de WYCHULIS, un orifice de fistule a pu être identifié dans 12 cas. Bien que l'endoscopie ne révèle pas la fistule dans tous les cas où elle existe, elle pourra souvent confirmer la présence et le siège de l'orifice fistuleux et permettra à l'opérateur d'obtenir des prélèvements pour biopsie et culture chaque fois que cela semblera indiqué.

L'introduction de bleu de méthylène dans l'oesophage pendant la bronchoscopie est un geste utile comme adjuvant du diagnostic, car il permet de rendre visibles les orifices de fistules multiples, qui n'auraient pu être vues autrement. L'oesophagoscopie permet d'apercevoir et de localiser l'orifice oesophagien de la fistule, sur la paroi antérieure ou antéro-latérale : ce qui a été le cas dans 14 cas sur 20 dans le groupe de malades de WYCHULIS.

Nous reproduisons le tableau de cet auteur montrant la fréquence des divers symptômes cliniques susceptibles d'orienter le diagnostic, plusieurs de ces symptôme pouvant évidemment être notés chez un même malade :

Symptômes dans les fistules oesophago-respiratoires acquises bénignes.

Symptomes	Nombre		%
RESPIRATOIRES			
Toux, expectoration :	29		81
Suffocation :	22		61
Hémoptysies :	12		33
Dyspnée :	6		17
Sifflements :	3		8
GASTRO-INTESTINAUX			
Dysphagie :	23		64
Vomissements :	4		11
Hématémèses :	3		8
DIVERS			
Perte de poids :	16		44
Douleur thoracique :	14	10	39
Douleur épigastrique :		3	
Dorsale :		1	
Enrouement :	7		19

TRAITEMENT

Les récents progrès de la chirurgie endothoracique autorisent un élargissement des indications opératoires dans le traitement des fistules oesophago-trachéo-bronchiques. Dans la forme étiologique qui nous intéresse plus particulièrement, les fistules tuberculeuses, il est bien évident que le traitement médical tuberculostatique occupe une place importante, soit qu'à lui seul, dans de rares cas privilégiés il suffise à assurer la guérison, soit qu'il prépare et encadre utilement l'acte chirurgical.

A côté du traitement médical seul, à tenter et qui parfois reste l'unique moyen thérapeutique lorsque l'état du malade contre-indique temporairement ou définitivement l'intervention, il faut faire place à la petite chirurgie conservatrice, des lésions petites pouvant bénéficier de manoeuvres endoscopiques patientes, qui parfois ont permis d'obtenir la cicatrisation.

Mais dans la très grande majorité des cas, le traitement est chirurgical; il ne doit d'ailleurs être entrepris qu'après réduction des accïdents inflammatoires, oesophagiens et trachéobronchiques, ildevra être précédé d'une préparation générale soigneuse, transfusions, sonde duodénale, assèchement des bronches, traitement antibiotique général et anti-bacillaire.

La tactique opératoire dépendra de l'état du poumon. Dans les cas les plus favorables, si le poumon est sain, la thoracotomie, la libération et

l'extirpation du trajet fistuleux, suivies de la fermeture en plusieurs plans de l'oesophage et de la bronche, amèneront la guérison, en cas de lésions pulmonaires, une résection partielle est nécessaire. La mise au repos, l'exclusion fonctionnelle de l'oesophage exigent une alimentation par sonde, le plus souvent une gastrostomie.

Reprenons le détail de la cure chirurgicale de la fistule. DOR indique que le premier cas a été opéré en 1921, en 1950 on en comptait une dizaine, en 1961 plus de 150. Les lésions doivent être exposées "en suivant l'oesophage comme un fil d'Ariane". Une fois la fistule découverte puis isolée, et le parenchyme pulmonaire apprécié dans sa vitalité on décide de la fermeture simple de la fistule, ou l'association de ce geste avec une exérèse pulmonaire aussi limité que possible : ce qui a lieu dans 40 % des cas environ.

Sur 103 cures chirurgicales de fistule oesophago-aérienne acquise bénigne, on compte :

- 87 % de guérisons, sans récidive,
- 13 % de cas évoluant vers la mort.

Le détail de ces cures chirurgicales donne :

- Traitement simple de la fistule : 55 cas
  - En deux temps : 3 cas
  - sous le couvert d'une gastrostomie : 5 cas
  - Décès : 10 %

- Résection de la fistule et exérèse pulmonaire : 43 cas
  - exérèse localisée à un segment à 1 ou 2 lobes: 27 cas
  - pneumonectomie : 5 cas
  - résection atypique : 1 cas
  - résections non déterminées : 7 cas
  - résections secondaires : 2 cas
  - mortalité : 19 %

- Oesophagoplastie : 5 cas
  - avec résection oesophagienne : 2 cas
  - oeso-gastrique : 3 cas
  - mortalité : nulle

Douze cas du Service de Monsieur le Professeur DOR ont donné :

- fermeture simple de la fistule : 7 cas
- fermeture avec exérèse pulmonaire: 3 cas
- oeso-gastrostomie : 1 cas
- mortalité : nulle.

Dans tous les cas, la guérison a été obtenue, et la morbidité post-opératoire n'a pas dépassé quatre mois.

La chirurgie palliative est peu utilisée, pneumotomie, gastrostomie concernant 10 observations publiées dans la littérature, avec 4 décès, donc mortalité très élevée de 40 %, imputable plus au mauvais état du malade n'autorisant qu'une intervention palliative, qu'au type de l'opération.

Selon JUNG, la meilleure méthode chirurgicale est la résection de la fistule par voie thoracique. Les parties du poumon atteintes d'abcès, de bronchiectasies, peuvent nécessiter une lobectomie. Mais dans la série de 62 cas reproduite par JUNG, et dont nous donnons plus loin le tableau, une pneumonectomie n'a jamais été nécessaire.

La thoracotomie sera gauche pour les fistules trachéo-oesophagiennes elle sera droite ou gauche selon leur localisation pour les fistules oesophago-bronchiques. La fistule est recherché, réséquée. L'orifice oesophagien est fermé par une double suture, l'orifice bronchique, par une suture simple, puis recouvert par du tissu pleuro-pulmonaire adjacent. Pour quelques jours, on met en place une sonde duodénale qui permet une alimentation d'emblée, riche en protides et hautement calorifique. Dès le cinquième jour, on peut reprendre l'alimentation par la bouche. Il est très important de pré-

venir les complications pulmonaires par une gymnastique respiratoire pré- et post-opératoire (JUNG). La mortalité post-opératoire est moindre lorsqu'on aura procédé à la résection des parties pulmonaires atteintes; mais il semble qu'actuellement avec les moyens dont on dispose pour éviter et juguler les complications post-opératoires infectieuses, il doit être possible de surseoir à l'exérèse, en n'y recourant qu'ultérieurement, dans un deuxième temps qui pourra être éloigné, ou même ne jamais être pratiqué.

Voici les indications thérapeutiques et les résultats du traitement de 62 fistules oesophago-trachéobronchiques bénignes et acquises collationnées par JUNG :

TRAITEMENT	Nombre de cas	Guéris	Non guéris	Décédés
Médical :.....	3	3	-	-
Destruction chimique et électrique par endoscopie :.....	8	6	2	-
Drainage d'abcès médiastinaux ou pulmonaires :	4	4	-	-
Médiastinotomie extra-pleurale :.....	6	6	-	-
Fermeture de la fistule par voie endothoracique :	23	20	-	3
Fermeture de la fistule et résection pulmonaire :	17	16	-	1
Résection oesophagienne et oesophago-gastrostomie:	1	1	-	-
TOTAUX :.....	62	56	2	4

Pour WYCHULIS enfin, dès que le diagnostic de fistule oesophago-trachéo-bronchique est porté, la cure chirurgicale est indiquée. Sur les 36 observations colligées par cet auteur, en effet, les 22 cas qui n'ont pas été traités par la cure chirurgicale définitive de la fistule ont eu généralement de mauvais résultats. Ces malades ont été vus avant 1943, les fréquents échecs ont incité l'auteur à procéder à la fermeture chirurgicale de la fistule chaque fois que l'état général du malade le permettait. Naturellement l'antibiothérapie de protection s'impose, et à fortiori s'il s'agit d'une fistule d'étiologie tuberculeuse.

Quatorze malades ont eu un traitement chirurgical, l'abord étant fixé d'après la localisation de la fistule. Dans 11 cas, on a utilisé une voie d'abord thoracique droite postéro-latérale; le trajet fistuleux a été sectionné, les orifices oesophagien et trachéo-bronchique suturés, l'extrémité bronchique de la fistule a été pleuralisée dans cinq cas (suivis cinq ans, et tous en parfait état). Outre l'excision chirurgicale du trajet de fistule, on a pratiqué une lobectomie inférieure droite dans 3 cas, une pneumonectomie droite dans un cas. Ces quatre malades, qui étaient porteurs de lésions du parenchyme pulmonaire, ont été suivis huit ans : au dernier examen ils étaient toujours en bonne santé.

Le décès post-opératoire de cette série remonte à 1928, et s'est produit à la suite d'une diverticulectomie oesophagienne et d'une suture de lacune dans la bronche lobaire inférieure droite. La mort a été attribuée à une pneumonie du poumon droit et à une médiastinite avec septicémie. Chez un malade on a pratiqué une résection de l'oesophage avec interposition d'un fragment de colon transverse entre le tiers moyen de l'oesophage et l'estomac dans ce cas, à la suite d'une diverticulectomie du bas oesophage, il s'était institué une fistule et une sténose oesophagienne.

Dans trois cas, la fistule trachéo-oesophagienne a été abordée par voie cervicale. Dans deux de ces cas, les orifices fistuleux oesophagien et trachéal ont été suturés, et un lambeau musculaire pédiculé a été interposé entre

eux, avec de bons résultats. Dans un autre cas encore, la partie supérieure de l'arbre respiratoire était si gravement atteinte qu'il a été nécessaire de laisser une ouverture trachéale permanente après la suture de l'orifice oesophagien. Pourtant ce malade reste en excellente santé depuis actuellement sept ans, et il est en mesure de parler à voix chuchotée à l'aide d'une prothèse laryngée.

Sur les 13 malades ayant eu une cure chirurgicale définitive, aucune récidive de fistule n'a été observée dans un délai d'observation de trois ans et demi.

Traitement chirurgical des fistules oesophago-respiratoires acquises bénignes : 14 cas de WYCHULIS :

Méthode opératoire	Nombre	
Voie thoracique:	11	
Cure directe :		5
Résection pulmonaire et fermeture de l'orifice oesophagien :		4
Lobectomie inférieure droite :		3
Pneumonectomie droite :		1
Diverticulectomie oesophagienne et fermeture de l'orifice bronchique :		1
Interposition d'un fragment de colon et fermeture de l'orifice bronchique :		1
Voie cervicale :	3	
Cure directe :		2
Trachéotomie permanente et fermeture de l'orifice oesophagien :		1
TOTAL :	14	

Etant donné les bons résultats du traitement chirurgical et les complications auxquelles un porteur de fistule oesophago-trachéo-bronchique est exposé, il y a donc lieu de ne pas temporiser inutilement, si l'état général autorise la chirurgie, celle-ci devra être utilisée, après une judicieuse préparation médicale, selon les particularités topographiques de la fistule. Il existe malheureusement des cas parmi lesquels se range notre malade, dans lesquels un terrain défavorable, un retard dans l'établissement du diagnostic et donc dans la mise en oeuvre du traitement, limitent les possibilités chirurgicales, assombrissent le pronostic puisque seules des mesures palliatives, type gastrostomie, sont applicables.

De cette étude ressort donc essentiellement la nécessité d'une identification aussi précoce que possible de la fistule oesophago-trachéo-bronchique puisqu'aussu bien les succès thérapeutiques dépendent en très grande partie de la précocité du traitement.

oOo

CONCLUSIONS

1 - Un cas de fistule oesophago-trachéale tuberculeuse évoluant sur un terrain défavorable et ayant connu une issue fatale, a attiré notre attention sur l'ensemble des fistules oesophago-respiratoires, trachéales, bronchiques, pulmonaires ou pleurales, considérées comme rares, et susceptibles de relever d'étiologies fort diverses :

- congénitales, par atrésie oesophagienne, diverticule,
- néoplasiques, à partir d'un cancer oesophagien, bronchique, d'une adénopathie kodgkinienne,
- traumatiques, par compression thoracique, ingestion de toxique,
- inflammatoires enfin, infection banale, ou spécifique : actinomycose, histoplasmose, syphilitique, mais surtout, tuberculeuse, à partir d'un ganglion médiastinal.

2 - La chimiothérapie tuberculostatique a sensiblement réduit la fréquence de ces fistules chez les bacillaires; elles peuvent toutefois encore venir compliquer sinon les primo-infections, du moins certaines tuberculoses post-primaires, ou se comporter comme des séquelles éloignées de bacilloses considérées comme guéries. Elles ont parfois compliqué des pneumothorax, des pneumonectomies, l'évolution d'un Pott.

3 - En dehors des manifestations propres à la maladie causale, les fistules oesophago-aériennes donnent lieu à une symptomatologie assez constante, dépendant du calibre de la communication.

- dans les fistules de petit diamètre, accidents broncho-pulmonaires chroniques ou à répétition, paraissant primitifs et risquant de retarder le diagnostic,

- dans les fistules de gros calibres, symptomes oesophagiens, toux incoercible déclenchée par la prise d'aliments solides et liquides, nausées et vomissements, atteinte de l'état général par dénutrition.

4 - La clinique, souvent banale, risque d'égarer le diagnostic, celui-ci est radiographique après opacification lipiodolée de l'oesophage, bronchoscopique, oesophagoscopique.

5 - Le traitement antituberculeux peut, rarement, suffire, mais il prépara utilement à l'acte chirurgical, les traitements endoscopiques réussissent parfois. Mais la parole reste à la chirurgie, si l'état du malade l'autorise : excision de la fistule, fermeture de ses orifices, éventuellement exérèse de la portion de parenchyme pulmonaire atteint, parfois nécessité d'une oesophagoplastie, gastrostomie temporaire pour la mise au repos de l'oesophage. Pour que le pronostic soit amélioré, il faut un diagnostic et un traitement aussi précoces que possible.

oOo

Vu le Président de Thèse

Pr. G. BROUET

Vu le Doyen de la Faculté

Pr. G. BROUET

Vu et Permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

Jean ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

- BALMES A., SOULIER J., HOUSSAY B.

Fistule ganglio-bronchique, premier signe d'une tuberculose grave chez un jeune annamite
Soc. Sc. Med. Montpellier 4 juin 1954

- BARRIE J., POLIAK D.

Deux cas de fistule oesophago-extra-pleurale
Soc. Chir. Thorac. Fr. 12 mars 1955

- BOUCHER H., PETIT JEAN R.

Aspects actuels de la fistulisation ganglio-bronchique primaire chez le soldat.
Bull. Mem. Soc. Med. Hôp. Paris 17 mars 1958

- BRUN J., VIALLIER J.

Ruptures ganglionnaires avec manifestations pleurales et images cavitaires au cours des adénopathies de primo-infection de l'adulte.
Journ. Med. Lyon 20 déc. 1948

- CALVET J., RIBET A., COLL. J.

Fistule pneumo-oesophagienne bacillaire
Congrès Soc. Broncho-oesoph. gastroscopie Langue Française
Paris 25 oct. 1957

- CANETTI, GROSSET

Fistules ganglio-bronchiques tuberculeuses post-primaires
XIIè congrès Nat. Tub. Montpellier avril 1958

- CANTEGRIL, IZARD, BOURDIN Mlle

A propos d'un cas d'adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse fistulisée.
Soc. Med. Pharm. Toulouse 5 juil. 1956

- CHARPIN J., ZAFIROPOULO A.

Une fistule broncho-oesophagienne méconnue
Soc. Fr. Tun. 12 mai 1956

- CLAGETT O.T., PAYNE J.H., MOERSCH H.J.

Acquired oesophago-tracheo-bronchial fistula
Surg. Gyn. Obst. Janv. 1946, 87, p.87-90

- COLEMAN F.P., BUNCH J.H. Jr

Acquired non malignant oesophago-tracheo-bronchial fistula
Journ. Thorac. Surg. avril 1950, 19, p.542 - 558

- DAUMET, GARNIER, ORTEGA

A propos de deux fistules oesophago-extra-pleurales
Soc. Chir. Thorac. Fr. 12 mars 1955

- DENECKER H.J.

Fistules cervicales oesophago-trachéales
Les Bronches Mai - Juin 1964, 14, p.227-228

- DOR J., DE CUTTOLI J.P., DE MOUTIER P.

Fistules oeso-aériennes
Marseille Chir. 1958, 10, p.526-546

- DOR J. et V.

Les fistules oeso-aériennes bénignes
Arch. Mal. App. Dig. dec. 1960, 49

- DOR V.

Les fistules oeso-aériennes bénignes
Thèse de Marseille 1961

- DROUET, P.L., FAIVRE G., DE REN G., GRILLIAT J.P.

Fistulisation bronchique d'une adénopathie bacillaire de l'adulte
Soc. Med. Nancy, 14 fev. 1951

- DUFOURT A., MOUNIER KUHN P.

Les infiltrats pulmonaires secondaires d'origine ganglionnaire
Soc. Et. Tuberculose 8 mars 1947

- DUFOURT A., PAVIOT J.J., ROMAIN J., BONNET J. Mlle

Evolution radiologique des fistules ganglio-bronchiques
au cours de la primo-infection.
Revue Tub. 1950, 14, p.958-972

- DUFOURT A.

Rapports de la phtisiogénèse pulmonaire tertiaire avec les perforations ganglionnaires intra-bronchiques.
Presse Med. 28 juil. 1956, 64, p. 1351-1353

- DUHAMEL J.

A propos d'une fistule trachéo-bronchique d'origine tuberculeuse. Film radiocinéma. Bull. Mem. Soc. Med. Hôp. Paris 13 dec. 1963 114, p. 1375-1385

- DUMONT A., DE GRAEF J.

Les fistules oesophago-pleurales, complication tardive de pneumonectomie.
Soc. Chir. Lyon 7 avril 1961

- FRAIN Ch., BLONDEAU M., GARNIER C., MOENNE-LOCCOZ

Traduction radio-tomographique des fistules ganglio-bronchiques tuberculeuses.
Presse Med. 27 juin 1956, 64, p. 1200-1201

- HUGUES F.A. Jr; FOX J.R.

Acquired non malignant oesophago-trachéo-bronchique fistula
Report of two cases
Journ. Thorac. Cardiol. Surg. avril 1954, 27, p. 384-389

- HUITCHIN P., LINDSKOG G.E.

Acquired oesophago-bronchial fistula of infectious origin
Journ. Thorac. Cardiosurg. juil. 1964, 48, p. 1-12

- JEUNE M., MOUNIER KUHN P., POTTON F.

La fistulisation ganglionnaire au cours de la primo-infection tuberculeuse de l'enfant.
Sem. Hôp. Paris 2 mai 1951, 27, p. 1428-1441

- JUNG A., NESSELER H., BOUDIN M.

Des fistules oesophago-trachéo-bronchiques
Presse Med. 27 nov. 1957, 65, p. 1938-1940

- JUSTIN BESANCON L., LAMY M., JAMMET M. Mlle, LEMOINE J.M. Mlle, PALEY P.Y.

La rupture des ganglions dans la trachée et dans les bronches
Sem. Hôp. Paris 7 juil. 1947, 23, p. 1602-1616

- KLOTT M., PAWLICKE L.

Un cas de fistule broncho-oesophagienne chez une femme atteinte de tuberculose pulmonaire.
Gluzlica nov. 1962, 30, p.1045-1050

- KOCH J. FISCHER E.J.

Photographies endobronchiques de fistules ganglio-bronchiques tuberculeuses.
Soc. Med. Int. Photocinématographie 14 dec. 1957

- LACOSTE G., DIEUDONNE P.

Fistule ganglio-bronchique post-primaire en activité
Soc. Med. Intern. Photocinématographie 15 juin 1957

- LAMY P., DE REN G., BRIQUEL P., ANTHOINE D., MEYER D.

Fistule oesophagienne d'origine tuberculeuse. A propos de 4 cas.
Ann. Otolaryng. Mars 1963, 80, p.204-210

- LE MELLETIER J., CAULET T.

La tuberculose des ganglions trachéo-bronchiques après la quarantaine
Soc. Fr. Tub. 10 nov. 1956

- LEMOINE J.M.

Fistules broncho-oesophagiennes, séquelles de tuberculose initiale
Les bronches, mai juin 1965, 15, p.308-313

- LEVI-VALENSI A., ZAFFRAN A., MOLINA C.

24 cas de fistules ganglio-bronchiques chez les tuberculeux pulmonaires adultes.
Revue de la tub. 1951, p.410-419

- LEVI-VALENSI A., MOLINA C., ZAFFRAN A.

Etude des fistules ganglio-bronchiques tuberculeuses en dehors de la primo-infection.
XIIè congrès national tuberculose montpellier 11 avril 1958

- LEVI-VALENSI A., MOLINA C., ZAFFRAN A.

Les perforations ganglion-bronchiques tuberculeuses en dehors de la primo-infection.
Presse Med. 26 mars 1958, 66, p.526-524

- LONGEFAIT H., HARTUNG L.

Fistule oesophago-pleurale, complication tardive de pneumonectomie pour tuberculose.
Marseille Med. 1962, 99, p.963-964

- LORTAT JACOB, LE BRIGAND H., HUMMEL; TRIBOULET

Trois cas de fistules oesophagiennes du pneumothorax extra-pleural avec décortication, cure opératoire et guérison de la fistule.
Soc. Chir. Thorac. Franc. 12 mars 1955

- LUNEL J., NATALI R., CHUNG

Fistule ganglio-oesophagienne tuberculeuse d'allure primitive post-primaire
Soc. Nat. Fr. Gastro-entérol. 11 mars 1963

- LUNEL J., NATALI R.

Tuberculose de l'oesophage de nature primitive, provoquée par fistule ganglio-oesophagienne; origine des diverticules oesophagiens épibronchiques.
Arch. Mal. App. Dig. Mai 1963, 52, p.530-538

- MANGAHEIRA-ALBERNAZ P.

considérations sur les fistules trachéo-bronchiques oesophagiennes
Ann. Otol. Aout 1933, p.889-907

- MELILLO G., MARINELLI M.

Fistule oesophagobronchique tuberculeuse provoquée par une perforation d'adénopathie.
Arch. Mal. fev. 1963, 18, p.147-154

- MELLINS R.B.

Acquired fistula between the oesophagus and the respiratory tract.
New Engl. Journ. Med. 5 juin 1952, 246, p.896-901

- MICHON P., CHALNOT P., GROSDIDIER J., LARCAN A., HURIET C.

Fistule oeso-trachéale non néoplasique chez une malade de 73 ans. Intervention. Guérison
Presse Med. 22 juin 1960, 68, p.1230-1231

- MINET, HOUCKE, NIQUET, GRASSART

Adénopathie trachéo-bronchique de l'adulte fistulisée dans les bronches.
Soc. Med. Nord. 30 nov. 1951

- MOERSCH H.J., SCHMIDT H.W.

Eoseophago-bronchial fistula
Arch. Oto laryng. Juin 1937, 25, p.689-692

- MOERSCH H.J., TINNEY W.S.

Fistula between the oesophagus and the tracheo-bronchial tree
Med. Clin. North Am. Juil. 1944, 28 , p.1001-1007

- MOULONGUET H., MOUTONNET J., CHAMPEAU D.

Fistule broncho-oesophagienne un cas avec image cinématographique particulière. Séquences de radiocinéma.
Soc. Laryngol. Hôp. Paris 20 dec. 1965

- NATALE P., SONAGLIONI F.

Fistule oesophago-trachéo-bronchique provoquée par perforation d'adénopathie
Arch. Tisiol. Nov. 1962, 17, p.331-345, suppl.

- OLAGNIER C.

A propos de deux cas de fistule oesophagienne bénigne.
Lyon Med. 12 juil. 1964, 212, p.39-51

- PECORA D.V.

Tuberculous fistula of the esophagus : two cases successfully treated by surgery.
Journ. Thoracic Surg. Juil. 1958, 36, p.53-57

- DE REN G., GRILLAT J.P., WAYOFF M., PERNOT C., SIMON A.

Fistules oesophagiennes et bronchiques en relation avec une adénopathie tuberculeuse de l'adulte.
Rev. Med. Nancy, 22 janv. 1958, 83, p.356-361

- ROTH M., BARNA L., TOMBA F.

Symptomatologie und chirurgische Behandlung eso-bronchialen fistulen
Zentralbl. f. Chir. 16 mars 1957, 82, p.436-443

- SCHWARTZ Ph

Signification pathogénique des perforations lymphodogènes intra-thoraciques
Le Poumon 1950, p.379-399

- SCHWARTZ Ph

La perforation des ganglions lymphatiques tuberculeux dans le système trachéo-bronchique. Ses suites et sa signification pathogénique.
Presse Med. 14 janv. 1956, 64, p.61-63

- TANNER E.

Die trachéo-bronchiale Tuberkulose der Erwachsenen
Berlin Springer ed. 144, p.1956

- TRICOIRE J.

Fistules bronchiques ganglionnaires en dehors de la primo-infection
Revue de la Tub. 12 fev. 1955, p.559-576

- WAREMBOURG H., DELACROIX R., PAUCHANT M., SERGENT Y.H.

Fistule oesophagio-pleurale après pneumonectomie pour tuberculose. Guérison par oesophagoplastie préthoracique.
Soc. Gastro-entérol. Nord 14 juin 1959

- WYCHULIS A.R., ELLIS H. Jr; ANDERSEN H.A.

Acquired non malignant oesophago-trachéo-bronchical fistula
Journ. Am. Med. Assoc. 11 avril 1966, 196, p.117-122

oOo

TABLE DES MATIERES

	Pages :
I - Introduction :	1
II - Historique :	4
III - Observation :	7
IV - Etude étiologique :	16
V - Formes tuberculeuses :	28
VI - Aspects anatomopathologiques :	34
VII - Clinique et diagnostic :	39
VIII - Traitement :	44
IX - Conclusions :	51
Bibliographie.	

oOo

agemp

EDITIONS
40 R. Pascal
PARIS 13e
TELEPHONE
535 : 18--93
535 : 18—62